



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

“EXPERIENCIAS DE LAS MADRES
SOBRE LA ALIMENTACIÓN DE SUS
NIÑOS CON ANEMIA NUTRICIONAL.
SANTA ANITA - 2018”

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRA EN SALUD PÚBLICA Y SALUD
GLOBAL

ANA MARIA HUAPAYA MONTOYA

LIMA – PERÚ

2023

ASESORA

Mg. Tanya Magali Taype Castillo

JURADO DE TESIS

MG. ROBERTO ALFONSO GUSHIKEN MIYAGUI

PRESIDENTE

DRA. RUTH IGUIÑIZ ROMERO

VOCAL

DRA. DRA. MARÍA VICTORIA MARULL ESPINOZA

SECRETARIA

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía, por fortalecerme en los momentos difíciles durante mi vida.

A mi madre por ser el soporte de mi vida, por su perseverancia y dedicación, a ella toda mi gratitud y amor.

A mis pequeños Ale y Leo, quienes son mi motivación y la razón para continuar aprendiendo y mejorando.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia y amistades que de alguna manera acompañaron en este proceso, con su aliento y consejos.

A mi asesora de tesis, Tanya Taype, por su dedicación y comprensión, ha sido un gran apoyo para sacar adelante este trabajo.

A cada una de las madres que participaron en el estudio.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Tesis Autofinanciada

EXPERIENCIAS DE LAS MADRES SOBRE LA ALIMENTACIÓN DE SUS NIÑOS CON ANEMIA NUTRICIONAL. SANTA ANITA - 2018

INFORME DE ORIGINALIDAD

11%

INDICE DE SIMILITUD

11%

FUENTES DE INTERNET

4%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
2	repositorio.unp.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	Submitted to Universidad Peruana Cayetano Heredia Trabajo del estudiante	1%
4	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	<1%
5	1library.co Fuente de Internet	<1%
6	core.ac.uk Fuente de Internet	<1%
7	es.scribd.com Fuente de Internet	<1%
8	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	<1%

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN
ABSTRACT

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION.....	3
III.	MARCO TEÓRICO.....	6
	3.1 La multidimensionalidad de la alimentación	6
	3.2 La Alimentación infantil en la familia	8
	3.3 El Sistema familiar	11
IV.	JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	15
V.	OBJETIVOS	17
	5.1 Objetivo General.....	17
	5.2 Objetivos Específicos.....	17
VI.	METODOLOGÍA	18
	6.1 Diseño de Estudio	18
	6.2 Población.....	18
	6.3 Muestra	19
	6.4 Procedimientos y técnicas	23
	6.5 Consideraciones éticas	25
	6.6 Plan de Procesamiento y Análisis	26
VII.	RESULTADOS	29
VIII.	DISCUSIÓN	104
IX.	CONCLUSIONES	138
X.	RECOMENDACIONES.....	141
XI.	DIFICULTADES.....	142
XII.	LIMITACIONES	143
XIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	144
XIX.	ANEXOS	

RESUMEN

Introducción: La anemia nutricional como resultado de una alimentación deficiente en hierro, involucra aspectos biológicos, culturales y sociales inmersos en el entorno familiar. El proceso de alimentación se desarrolla a través de interacciones entre los miembros de la familia. **Objetivo:** Describir la experiencia en la alimentación del niño/a de 6 a 35 meses de edad con anemia nutricional en el entorno familiar desde la perspectiva de las madres responsables de la alimentación.

Diseño: Investigación cualitativa, estudio de casos. **Lugar:** Distrito Santa Anita.

Participantes: 6 madres de niños con anemia nutricional entre 6-35 meses.

Metodología: Estudio cualitativo, muestreo teórico. Se realizaron 6 entrevistas a profundidad, descritas por separado, para luego analizar similitudes y diferencias.

Resultados: Las madres son las responsables de la alimentación en la familia, la mayoría asumió el compromiso de recuperar a sus hijos de la anemia por indicación de sus parejas, quienes junto a otros miembros de la familia tienen una escasa participación en el proceso de alimentación. En todos los casos se incorporaron alimentos ricos en hierro como principal cambio, sin embargo, en la actualidad son brindados esporádicamente. La resistencia de los hijos al consumo de alimentos y la escasa comunicación entre los padres fueron las principales dificultades.

Conclusión: La experiencia de alimentar a los niños/as con anemia nutricional está marcada por un proceso que depende del entorno familiar, donde factores sociales y culturales tienen implicancia. Las decisiones de las madres para incorporar las recomendaciones del personal de salud, involucran cambios en algunas costumbres

alimentarias, la evaluación de sus percepciones, así como la adopción de consejos de alimentación de personas fuera del núcleo familiar, prioritariamente mujeres. Durante este proceso, hay una participación limitada del resto de integrantes y las madres perciben una diferencia en los roles y la división de trabajo que ejercen, generando inestabilidad en el entorno familiar.

Palabras claves: Alimentación, anemia nutricional, sistema familiar, proceso alimentario, decisiones, participación, género.

ABSTRACT

Introduction: Nutritional anemia is directly related to food, which involves biological, cultural and social aspects that are immersed in the family environment. The feeding process develops through interactions between family members.

Objective: To describe the experience in feeding the child from 6 to 35 months of age with nutritional anemia in the family environment from the perspective of the mothers responsible for feeding. **Design:** Qualitative research, case study.

Location: Santa Anita District. **Participants:** 6 mothers of children with anemia between 6-35 months. **Methodology:** Qualitative study, theoretical sampling. Six in-depth interviews were carried out, described separately, to later analyze similarities and differences. **Results:** The mothers assume the responsibility of feeding and recovering from anemia in the children, some received this request from their partners, who together with the rest of the members maintain a limited participation in the whole process. Other people's advice and poor communication between parents were the main difficulties. **Conclusion:** The experience of feeding children with anemia is marked by a feeding process that is under the responsibility and commitment of the mothers, whose decisions for the establishment of changes in feeding practices face eating habits, perceptions, as well as recommendations from different sources. During this process, there is a limited participation of the rest of the members and the mothers perceive a difference in the roles and the division of labor that they exercise, generating instability in the family environment. **Key words:** Feeding, anemia, home, family system, feeding process, decisions, participation, gender.

I. INTRODUCCIÓN

La salud y el estado nutricional de los niños, especialmente en los tres primeros años de vida, son aspectos de gran relevancia, ya que este periodo representa la oportunidad para alcanzar su máximo potencial¹, el cual puede verse afectado por la anemia nutricional. La anemia es un problema de salud pública que se mantiene en el país por encima del 45 por ciento de la población de niños menores de 3 años desde hace más de 10 años². Por otro lado, la anemia nutricional tiene repercusiones en la adultez, debido a su relación con el desarrollo psicomotor y la capacidad de trabajo, siendo estudiado ampliamente desde la biomedicina con un abordaje biológico a través de metodologías cuantitativas. Sin embargo, este no ha sido suficiente, debido a que la anemia nutricional no solo implica la deficiencia del consumo de hierro a través de la dieta y la alimentación, también expresa una complejidad biológica, cultural y social. Por ello, el estudio de otros aspectos de la alimentación del niño en sus tres primeros años de vida, brindará mayores alcances para la comprensión de lo que sucede en su entorno, siendo relevante conocer el rol que cumple la familia durante el proceso de alimentación, que inicia con la elección de las comidas y culmina con su consumo. La información obtenida en esta investigación permite conocer cómo se desarrolla el entorno del niño en función de la alimentación a través de las decisiones y el involucramiento de los miembros de la familia durante el proceso de alimentación, y así conocer los factores que intervienen y terminan afectando las prácticas de alimentación, considerando que la anemia nutricional no está determinada exclusivamente por la pobreza, el nivel

educativo de la madre o las condiciones socioeconómicas desfavorables en las que vive el/a niño/a³; pues confluyen, además, otros aspectos que merecen atención.

Finalmente, la exploración de otras dimensiones, como las culturales y sociales vinculadas a la alimentación, permite identificar elementos que contribuyan en la mejora de la alimentación de los/as niños/as, teniendo en cuenta el entorno en el que vive.

II. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION

La anemia es un problema de salud pública en el Perú, afecta al 46,8% de niñas/os de 6 a 35 meses de edad. La prevalencia de anemia fue de 60.9 % en el año 2000 y disminuyó hasta el 41.6%, sin embargo, a partir del 2012 el escenario cambió y las cifras empezaron a incrementarse, llegando hasta el 46.8% a nivel nacional², mientras que en el distrito de Santa Anita en el 2021 la prevalencia llegó al 32.8%. La anemia nutricional afecta el crecimiento y el desarrollo cerebral, manifestándose a largo plazo en problemas cognitivos y de concentración⁵, generando además una baja productividad en la adultez⁶. El periodo 2009- 2010, significó para el Perú, un costo económico por pérdida cognitiva, de escolaridad y productividad de 2 777 millones de soles⁷.

A pesar de las intervenciones que vienen ejecutándose desde hace años para combatir la anemia nutricional, aún persisten cifras elevadas que repercuten en la vida de los niños⁸. Los investigadores han hecho énfasis en los aspectos biológicos de la anemia, sin embargo, las consecuencias -como el bajo logro escolar- pueden incrementarse por factores ambientales⁹. Otros estudios señalan asociación entre la anemia y residir en el área rural, tener una madre joven con nivel de instrucción no superior y otra lengua materna ($p < 0,001$)^{10,11}. Sammartino (2010) halló asociación entre los síntomas y el grado de conocimiento de las madres sobre los alimentos que debían consumir sus niñas/os¹².

Estudios en zonas urbanas, encontraron un conocimiento alto en las madres (> al 70%) acerca de los alimentos adecuados para sus niñas/os con anemia, sin embargo, el consumo se presentó en menos del 50% de los casos¹³⁻¹⁷. Otros estudios señalan una relación estadísticamente significativa entre las prácticas alimentarias de las

madres y la anemia en niños¹⁸⁻²⁴. Hay evidencias que entre el 48 y 68% de las madres no realizan prácticas alimenticias para la prevención de la anemia²⁵⁻³⁰. Sin embargo, las evidencias mencionadas no determinan la complejidad en torno a la alimentación.

En otro estudio, se halló resistencia en las madres para adquirir fuentes ricas en hierro como bazo y sangrecita debido a comentarios negativos de familiares y vecinos acerca de la calidad de esos alimentos³¹. Un estudio de caso (Ayacucho), halló en las madres conceptos interiorizados acerca de una buena alimentación para sus niñas/os, pero no los llevaban a la práctica, debido a que las motivaciones o racionalidades que afectaban sus decisiones no eran atendidas por los capacitadores y/o el personal de salud³². También se encontró que las decisiones de las madres tienen influencia de los consejos de sus familias^{33,34}.

Por tanto, es importante desarrollar investigaciones que aborden la dimensión sociocultural, la cual tiene un peso fundamental en la alimentación³⁵, con alcance al entorno del niño; complementando de este modo estudios de prevalencia en diferentes ámbitos y su relación con características sociodemográficas; dando mayor énfasis al rol que cumple la familia como un determinante de la salud^{36,37}.

En el distrito de Santa Anita existe una considerable presencia de población migrante (60.6%)³⁸, proveniente en su mayoría de Junín, Ayacucho, Huancavelica y Apurímac³⁹; la estructura familiar predominante es el tipo nuclear¹ (62.5%) y el hombre es el jefe en el 75% de los hogares⁴⁰. En una encuesta del uso del tiempo, se halló una participación de 13 horas de las mujeres frente a 4 horas semanales de los hombres, en relación a las actividades culinarias⁴¹. Así mismo, Pérez-Gil (2005)

¹ Constituido por una pareja con o sin hijos, o sólo jefe con hijos. Perú: *Perfil de la Pobreza por dominios geográficos, 2004-2015 INEI*

señala que los hombres son vistos como actores ajenos a las decisiones sobre la alimentación en el ámbito familiar⁴².

En ese sentido, es necesario explorar la alimentación de la/os niñas/os en su entorno, para generar estrategias que mejoren la situación nutricional de la población infantil¹⁴; siendo la alimentación un fenómeno social, que configura un escenario de interacción alrededor de circunstancias que entrelazan valoraciones, significados y relaciones sociales entre los miembros⁴³. Finalmente, se debe prestar atención a los aportes, saberes y motivaciones de las personas, para comprender y aprehender la realidad desde su punto de vista⁴⁴.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 La multidimensionalidad de la alimentación

La alimentación es una necesidad básica desde el punto de vista biológico y es un fenómeno multidimensional expresado en las interacciones diarias de los miembros que conforman las familias, quienes viven en diferentes contextos económicos, sociales y culturales, con características particulares. La alimentación de la familia y los niños está influenciada por el ambiente donde se desenvuelven y desarrollan⁴⁵.

Su definición comprende las siguientes premisas:

- Es una “necesidad biológica” como respuesta a señales hormonales reguladas por el sistema nervioso central y una “fuente de placer” que orienta la selección y consumo de alimentos, según sus características organolépticas.
- Es un “hecho social” que funciona como medio de relación e interacción entre las personas, siendo un “producto del entorno social”⁴⁶.
- Está basada en “pautas socioculturales” que determinan el patrón de consumo alimentario de las familias, es decir, la selección de los alimentos, cantidades, modos de preparación, hábitos, costumbres sustentados a través de tradiciones.

Esta complejidad en la alimentación se evidencia en el entorno familiar, las cuales se describen a continuación:

3.1.1 Aspectos biológicos de la Alimentación infantil

En la infancia, la alimentación complementaria se inicia a los 6 meses, con la introducción de otros alimentos, ya que la leche materna es insuficiente para cubrir las necesidades nutricionales. Brown (2007), afirma que los niños nacen con reflejos que los preparan para alimentarse; luego se expresan a través de señales y

cerca a los tres años tienen la posibilidad de verbalizar que tienen hambre⁴⁷. En ese proceso, el apetito y la ingesta de comida son regulados por factores biológicos y el contexto bajo el cual crece el niño, los cuales interactúan entre sí, influyendo en la interacción con la familia durante las comidas⁴⁷.

Durante el proceso de alimentación, el hambre y la saciedad de los niños están influenciados por los cuidadores y el contexto de alimentación (Birch1995)⁴⁸, por ello, según evidencia estadística, el estado nutricional de los niños pequeños puede afectarse por las vivencias que tienen, esto representa un nudo crítico pues en esta etapa se instalan los hábitos alimentarios que marcarán la vida futura del niño⁴⁹.

3.1.3 La Alimentación como hecho social

La alimentación posee una dinámica social, toda vez que el hecho alimentario se organiza bajo estructuras sociales, definiendo roles y estatus. La alimentación requiere de un abordaje integral que promueva su redefinición considerando aspectos sociales, ecológicos, políticos, entre otros, que son particulares de cada contexto, concibiendo a la alimentación como un hecho social total y no como algo aislado⁵¹.

El acto de comer configura relaciones y vínculos familiares- sociales que establecen responsabilidades respecto a quiénes deben encargarse de la alimentación y los que se beneficien de ellas. En base a los vínculos establecidos se asignan roles y tareas diferenciadas para hombres y mujeres⁵², teniendo en cuenta las conductas que asumen las personas que brindan el alimento directamente al niño y las acciones que realizan en cada etapa del proceso, contribuyendo en la ingesta de alimentos en un ambiente agradable y estimulante⁵³.

3.1.2 Perspectiva sociocultural en la Alimentación

La alimentación es una construcción social y cultural presente en todas las sociedades, una actividad que se desarrolla como individuo o como grupo el cual está enmarcado en la cultura; siendo importante el enfoque aportado al pensamiento social, concluyendo en dos ideas:

- La cultura no es estática, forma parte de un proceso dinámico.
- Tiene una alta capacidad transformadora en los grupos y sociedades⁵⁰.

Para Grivelti y Parghom (1973) la alimentación, como resultado de una construcción social-cultural es asumida implícitamente por quienes comparten lazos familiares, considerando los recursos económicos y el acceso a los alimentos, con el fin de obtener una combinación de calidad, cantidad y sabor para satisfacer las necesidades, preferencias y gustos de los mismos.

En la familia, además de la alimentación, se manifiestan aspectos subjetivos como valores, creencias, actitudes, concepciones y representaciones⁴². La evolución del abordaje de la influencia cultural y su relación con estructuras sociales ha pasado de una concepción de la alimentación como resultado de condiciones materiales a un interés por las dinámicas alimentarias en el contexto de cambio social y la propia concepción cultural de comer⁴⁰.

3.2 La Alimentación infantil en la familia

La familia está conformada por un grupo de personas que comparten vínculos biológicos y/o sociales, también es considerada una organización que convive y se desenvuelve en sociedades con características particulares (Páez 1984). Además de brindar cuidados, protección y afecto a los hijos también tienen

como fin garantizar la alimentación, esto bajo una determinada forma de organización que influirá en las prácticas alimentarias (Palacios y Rodrigo 1998)^{54,56}. En la familia se desencadenan diferencias sociales de generaciones, de género y relaciones de poder, sobretodo en el terreno de la alimentación⁴⁰, reflejándose en las prácticas de consumo.

OPS/OMS (2003) señala que la alimentación complementaria es considerada óptima cuando se enfoca en las formas de brindar la comida, el momento, el lugar y quién alimenta al niño, además de lo que se come^{47,48}. Para Pereyra, la alimentación está influenciada por la familia y las creencias profundamente arraigadas en su cultura, donde las decisiones resultan de un proceso complementario en el cual intervienen recomendaciones del personal de salud para la adopción de prácticas positivas, así como consejos de la familia, como madres y suegras⁵⁵.

3.2.1 Participación de la familia en la Alimentación Infantil

La participación es un proceso que implica estar involucrados en alguna actividad, solos o en compañía de otros, actuando con la finalidad de provocar una reacción, lo que permite comprender las relaciones sociales⁵⁸. Sarramona (2007) la describe como un proceso más completo, que abarca el hábito personal de la colaboración y va más allá del individualismo⁵⁷.

La participación se desarrolla bajo la dinámica de cada hogar, es decir, en su propio contexto junto a las interacciones de los integrantes, así como en la relación de la familia con la sociedad (Franco, 1994)⁵⁹. La alimentación es uno de los hechos más dinámicos de todas las actividades que se desarrollan en el ámbito

doméstico, donde se asumen o designan responsabilidades y juega un papel fundamental los roles de género establecidos entre los miembros del hogar⁶⁰. En la interacción de la familia confluyen características como la comunicación, el afecto, la autoridad y los roles, de acuerdo a la distribución de responsabilidades⁶¹.

En este ámbito se toman una serie de decisiones relacionadas con el proceso de alimentación, desde qué se considera como alimento, a quién se destina, en qué cantidad, cómo y dónde se consume, así como el contexto en el que se desarrollan dichas actividades (Wenkam, 1970). En el proceso de toma de decisiones se expresa poder e intercambio entre los padres, relaciones de cooperación o de conflicto entre hombres y mujeres, y a través de generaciones dentro de la familia (Oliveira, Eternod y cols. 1999).

Por ello, la alimentación como acto social, se desarrolla en un ambiente con características propias, manifestada a través de los roles y vínculos entre cada miembro, que influyen sobre los hábitos, patrones alimentarios y otros aspectos que rodean la cotidianidad familiar. Los miembros de la familia funcionan como componentes (individuos) o sistema (grupo), los cuales interactúan entre sí, por ello, resulta importante identificar el tipo de funcionalidad del sistema familiar, es decir, la cohesión, comunicación y adaptabilidad de los integrantes en su entorno, sobretodo, considerando que los niños dependen de los adultos⁶².

3.2.2 Roles en el Sistema Familiar

Berger y Luckmann (1968) señalan que la construcción social de la realidad no se reduce al ámbito biológico, por el contrario, es construida y modificada por las personas, como resultado de un proceso que involucra hábitos, relaciones,

estructuras sociales e internalización de roles⁶². Se centra en que las personas crean la sociedad (producto humano), que a su vez crea a los sujetos (producto social), cuya realidad involucra fenómenos presentes y pasados⁶³. En la alimentación se manifiestan diferencias entre géneros y generaciones, lo cual adquiere relevancia en las decisiones sobre alguna de las etapas del proceso alimentario y el resto de actividades cotidianas del hogar, las cuales son ejercidas generalmente por las mujeres y, en especial, por las madres⁴⁷.

Parsons (1955) señala que los roles en la familia se establecen a través del eje instrumental, donde el hombre tradicionalmente es quien provee del dinero para la alimentación y la mujer pertenece al eje afectivo, pues se preocupa por el bienestar de la familia. En la estructura del sistema familiar, el grupo (padres, hijos, etc) se desenvuelve a través de sus roles, los mismos que determinan cómo se desenvuelve el hogar, lo cual puede afectar de manera positiva o negativa al sistema.

En este sistema familiar, el integrante no es un ser aislado, por el contrario, interacciona y se relaciona a través de una dinámica atravesada por intercambio de emociones, roles, poder y comunicación, por esta razón, las experiencias en alimentación que se viven dentro del hogar, no pueden analizarse de forma reduccionista, es decir, no solo el enfoque debe estar en el alimento o el acto de comer⁶⁴.

3.3 El Sistema familiar

El entorno familiar es un sistema conformado por tres subsistemas importantes: el subsistema conyugal, que involucra a los padres en su condición de

pareja, el parental donde intervienen funciones relacionadas con la crianza y el sistema fraternal conformado por los hijos. Al ser un sistema abierto, la familia no solo intercambia información con el ambiente externo o sociedad, su reacción o respuesta va estar condicionada por la estructura y las experiencias adquiridas en la cotidianidad del hogar^{65,66}.

En ese sentido la Teoría Sistémica, también analiza a la persona como un sistema, que forma parte de otros sistemas más complejos como la familia, por ello, ante algún evento como una enfermedad o un cambio en la cotidianidad de la alimentación, no es viable evaluar solo al individuo sino cómo es que se relaciona con su entorno, en otras palabras, se evalúa no solo el síntoma, sino a la persona en el contexto donde surgió aquello que desencadenó el problema⁶⁴. Esto es relevante para conocer lo que ocurre en torno a la alimentación, no como una experiencia individual, sino familiar, comprendiendo cómo interactúa cada subsistema de acuerdo a sus características particulares y cómo estos influyen en la alimentación.

Andolfi (1991) señala que la familia interactúa con la sociedad, la cual puede imponer cambios a partir de aquellos suscitados en el hogar, es decir, algún evento interno puede dar lugar a un desequilibrio en su funcionamiento, por ello, el sistema familiar no siempre va estar en una condición de estabilidad debido a la variabilidad de quienes la integran⁶⁶. Minuchin (1979) señala que el modo en que desenvuelven los miembros de la familia, puede verse afectado por dificultades en la comunicación o limitado apoyo mutuo, a los que se denominan familias desligadas, cobrando importancia la forma en que se relacionan según sus roles⁶⁷.

3.3.1 Relaciones de género en la familia

Las vivencias y experiencias cotidianas se desarrollan en un entorno donde los padres interaccionan y se relacionan con los integrantes de la familia a través del ejercicio de sus roles. Las relaciones de género establecidas, tienen implicancias en las decisiones sobre las necesidades básicas del hogar, como la alimentación, educación, cuidados, entre otros, afectando directamente el desarrollo de los niños.

En la sociedad, desde el patriarcado, se ejerce autoridad, poder y decisión sobre la mujer y demás integrantes del grupo familiar, encasillando a la mujer en el rol de reproducción y la maternidad, donde está inmersa la alimentación^{68,69}. En las últimas décadas, a pesar que la mujer se ha incorporado al mercado laboral, la estructura y organización del hogar no ha variado, pues la mujer que trabaja aún tiene bajo su responsabilidad la familia^{67,70}.

Simone de Beauvoir (1949) expone diferencias entre hombres y mujeres, donde existe una relación de poder sobre el otro, además de una subordinación de la mujer al hombre. Beauvoir señala que la mujer no nace débil, sensible o sumisa, estas características resultan de una construcción social de acuerdo a cómo una determinada sociedad está estructurada, es por ello, que la diferencia biológica no define lo masculino y lo femenino, ni los roles que deben asumir⁷¹. Nuria Varela (2013) destaca el proceso de socialización al que todos estamos expuestos desde que nacemos, el cual repercutirá sobre nuestro comportamiento debido a los estereotipos de género y a los roles sociales asignados a los miembros de la familia donde se manifiestan relaciones de poder⁷².

La interacción de los padres que se basa en la comunicación (verbal/no verbal) y las emociones, no se mantienen siempre iguales ya que durante la vida familiar se experimentan desequilibrios y cualquier cambio individual afectará al entorno, reaccionando de forma diferente a cada suceso, estos cambios pueden estar inmersos también en la alimentación generando variaciones en el proceso alimentario⁷³. Asimismo, se establecen relaciones de poder entre un hombre y una mujer o dentro de una familia, es decir, es una relación recíproca pero desequilibrada, ya que son relaciones de jerarquía y autoridad ejercidas de forma inequitativa, por ello, debe ser abordado como algo dinámico, que circula dentro del hogar, donde el enfoque no solo es en la persona que ejerce poder, también quien acepta o se opone al mismo⁷⁴.

IV. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Las relaciones e interacciones entre los miembros de la familia, las igualdades e inequidades entre ambos sexos, las relaciones de poder, entre otros, juegan un rol importante en el entorno del niño, lo cual justifica la necesidad de tener otra mirada a la cotidianidad de la alimentación en el hogar, no como un aspecto rutinario, sino (por el contrario) dinámico, considerando la variabilidad de contextos familiares los cuales a su vez, reflejan características sociales y culturales. Lo que permitirá hacer visible las acciones y decisiones de los miembros de la familia (padre, madre u otros parientes) cuyo alcance en los niños menores es relevante^{40,75}.

Esta investigación, permite explorar los roles que cumplen otros miembros de la familia en el contexto alimentario y el alcance durante la incorporación de cambios en los hábitos y prácticas de alimentación. Además, nos permitirá conocer cómo se desarrollan las acciones al interior de la familia desde el diagnóstico de anemia nutricional y el proceso que se vive hacia la recuperación. Por lo tanto, contribuirá en las acciones desde el Ministerio de Salud y todos los niveles de atención de salud para abordar problemas alimentario- nutricionales, cuyo enfoque ha estado dirigido más al vínculo madre-hijo durante la alimentación, sin embargo, el abordaje del presente estudio se centra en los aspectos relevantes de la dinámica del hogar que inciden en el proceso de recuperación del niño(a) durante la experiencia de anemia nutricional. Por ello, los resultados contribuirán a mejorar las estrategias enfocadas en la salud del niño, permitiendo un abordaje integral con pertinencia social centrada en el hogar, a través de un nuevo modelo de atención.

¿Cuál es la experiencia en la alimentación del niño/a de 6 a 35 meses de edad con anemia nutricional en el entorno familiar desde la perspectiva de las madres responsables de la alimentación?

V. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Describir las experiencias en la alimentación del niño/a de 6 a 35 meses de edad con anemia nutricional en el entorno familiar desde la perspectiva de las madres responsables de la alimentación.

5.2 Objetivos Específicos

- Describir el proceso de decisión en la alimentación del niño/a en el entorno familiar, a partir del diagnóstico de anemia nutricional.
- Conocer la participación de los miembros de la familia durante el proceso de alimentación del niño/a con anemia nutricional desde la perspectiva de las madres.
- Describir las dificultades para la adopción de cambios en la alimentación del niño/a con anemia nutricional.

VI. METODOLOGÍA

6.1 Diseño de Estudio

Se realizó una investigación cualitativa desarrollando la metodología de estudio de casos², para comprender las experiencias de alimentación de los niños con anemia y lograr una mayor comprensión del objeto de estudio en el contexto familiar, con las particularidades y complejidad que se producen en ella, y desde las propias madres (Rodríguez Gómez y otros, 1996), por ello, el estudio es además descriptivo (Yin, 2003). Con el estudio se dio respuesta a las preguntas del ¿cómo? y ¿por qué? de la participación de la familia y del proceso de decisión durante la alimentación del niño con anemia.

El tipo de estudio fue de casos múltiples cruzados o entrelazados Yin (1994), que consiste en la comparación de casos entre sí, buscando similitudes y diferencias (Sampieri, Mendoza y de la Mora, 2009).

6.2 Población

Estuvo conformada por las madres responsables de la alimentación de los niños/as de 6 a 35 meses de edad con anemia nutricional, usuarias y residentes de la jurisdicción de un Establecimiento de Salud del distrito de Santa Anita, el cual corresponde a una zona urbano marginal (niveles socioeconómicos C y D), cuya mayor parte de la población es migrante, prioritariamente de Huancavelica, Ayacucho y Cuzco.

² Rodríguez, Gil y García (1996, p. 92) lo definen como un proceso de indagación que se caracteriza por el examen detallado, comprehensivo, sistemático y en profundidad del caso objeto de interés.

6.3 Muestra

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia y el tipo de muestra intencional, con la finalidad de dar respuesta a las preguntas de investigación (Padua, 1979)⁷⁶. Se basó en la elección de aquellos casos que ofrecieron acceso a mayor información (Stake, 1994), el cual fue independiente del contexto y tipo de estructura familiar cuyos niños/as de 6 a 35 meses de edad tuvieron anemia nutricional. La información se obtuvo de las fichas de atención integral que están en las historias clínicas, que contenía datos de ambos padres (nombres y apellidos, ocupación, religión, teléfono y dirección), descartando aquellos con datos incompletos y/o con menos de 2 meses de haber iniciado el tratamiento de anemia nutricional. Finalmente se incluyeron aquellos casos que estuvieron dispuestos a acceder a las entrevistas, independientemente de sus características.

Cabe mencionar que inicialmente se buscó entrevistar a los padres (hombres) para tener otra fuente de información relevante y conocer cómo viven la experiencia de anemia de sus hijos, sin embargo, durante la visita inicial a los domicilios descartaron su participación, esto significó una limitación para enriquecer el análisis de la investigación.

Criterios – Inclusión	Criterios – Exclusión
Responsable de la alimentación del niño/a de 6 a 35 meses de edad con diagnóstico de anemia nutricional.	- Responsable de la alimentación cuyo niño/a de 6 a 35 meses ha migrado hacia otra localidad por mucho tiempo (más de 1 año). - Responsable de la alimentación cuyo niño/a de 6 a 35 meses de edad presenta alguna enfermedad crónica degenerativa que genere un cambio en su alimentación.

Se recolectaron inicialmente 10 casos, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión. En 4 de ellos, se solicitó una segunda entrevista para complementar información, sin embargo, las madres no accedieron, razón por la que fueron excluidas, ya que para la selección de casos también se consideró la accesibilidad a información relevante, además de los recursos y tiempo disponible⁷⁷. En los casos incluidos, se alcanzó la saturación teórica cuando las entrevistas ya no produjeron comprensión e información nueva.

La unidad de análisis fue la responsable de la alimentación del niño/a de 6 a 35 meses de edad con diagnóstico de anemia nutricional. Cabe señalar que se consideraron casos de anemia por deficiencia de hierro, con un valor de hemoglobina por debajo de 11mg/dl, como parte del protocolo de atención del Establecimiento de Salud, sin embargo, la anemia nutricional también es causada por deficiencia de otras vitaminas B9, B12, infecciones, entre otros que no se consideran por deficiencia de hierro. A continuación, se detalla las características de las entrevistadas con el fin de contextualizar cada caso.

Características	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6
Edad (años)	25	45	22	39	25	32
Lugar de Procedencia	Huaral (ambos padres)	Abancay (mamá) Huancayo (papá)	Huancavelica (ambos padres)	Huarochirí (mamá) Lima (papá)	Cuzco (mamá) y Huancayo (papá)	Huancavelica (mamá) y Lima (papá)
Estado Civil	Conviviente	Conviviente	Conviviente	Conviviente	Conviviente	Conviviente
Número de miembros del hogar	5	5	3	5	4	4
Miembros del hogar	Mamá, papá, 2 hijas, hijo y tía.	Mamá, papá, 3 hijas	Mamá, papá e hija.	Mamá, papá, 3 hijos.	Mamá, papá, 2 hijos.	Mamá, papá, 2 hijos.
Número de hijos	3	3	1	3	2	2
Tiempo de residencia en Lima	9 años	20 años	3 años	9 años	25 años	13 años

Características	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6
Condición laboral – madre	Ama de casa Lavandería y costura (como independiente)	Ama de casa	Ama de casa	Ama de casa Venta de canchita y productos cosméticos (independiente)	Ama de casa	Ama de casa Venta de jugo de naranja en un gimnasio (independiente)
Condición laboral – padre	Chofer Dependiente	Costurero Independiente	Fábrica Dependiente	Mototaxista Independiente	Empresa dependiente	Albañil independiente
Nivel Educativo	Secundaria Completa	Secundaria Completa	Primaria Completa	Secundaria Completa	Primaria Completa	Secundaria Completa

a. Operacionalización de variables

Participación

Involucramiento durante alguna etapa del proceso de alimentación, como la elección de comidas, compra de alimentos, tiempos de comida, entre otros. Las acciones se realizan de manera individual o en conjunto con el fin de satisfacer necesidades y/o para instaurar cambios en la alimentación.

Dimensiones:

Rol de cada miembro de la familia en la alimentación niño/a y otras tareas del hogar.

Papel que la familia cumple dentro de la estructura familiar y que afecta de manera positiva o negativa el proceso de alimentación del niño/a. La diferenciación de los roles está sustentada en el género, dando lugar a determinadas funciones ejercidas por ambos padres.

Organización familiar durante el proceso de alimentación.

Se define como la forma en la que está organizada la familia en el desarrollo del proceso de alimentación para satisfacer las necesidades nutricionales del niño/a orientado a la recuperación de la anemia nutricional.

Estrategias para la alimentación del niño/a.

Conjunto de acciones que el o los miembros de la familia llevan a cabo para lograr el consumo de las comidas por parte del niño/a.

Toma de decisiones

La toma de decisiones es el proceso por el cual se elige una alternativa entre las disponibles a efectos de resolver un problema actual o potencial que afecte la alimentación del hogar.

Dimensiones:

Soporte familiar para tomar las decisiones en relación a la alimentación.

Es el apoyo emocional que otros miembros de la familia brindan al responsable de la alimentación para favorecer el proceso de alimentación.

Aportes de cada miembro de la familia en la alimentación del niño.

Son las diferentes maneras en la que los miembros de la familia intervienen en las decisiones de alguna etapa del proceso de alimentación para mejorar la alimentación del niño/a.

Percepciones sobre las prácticas de alimentación

Constructo individual resultado de las experiencias previas relacionadas con las prácticas de alimentación, obtenido a través del conocimiento, conceptos, significados y sensaciones.

Dificultades para las acciones y decisiones

Inconvenientes y/o barreras que se presentan durante alguna etapa del proceso de alimentación para decidir y llevar a cabo prácticas de alimentación o instaurar cambios con el fin de mejorar la alimentación del niño/a con anemia nutricional.

Dificultades para participar en la alimentación.

Son todos los inconvenientes y/o barreras que se atraviesa para participar e involucrase en alguna etapa del proceso de alimentación.

Dificultades para tomar decisiones sobre la alimentación.

Son todos los inconvenientes y/o barreras que se atraviesan para tomar decisiones en alguna etapa del proceso de alimentación. Además, son los factores relacionados con los roles que ejercen las familias y cómo afectan en las decisiones sobre la alimentación del niño/a.

6.4 Procedimientos y técnicas

La recolección de información inició con la solicitud del permiso y autorización para el desarrollo de la investigación, posteriormente se buscó los datos de niños/as entre 6 y 35 meses de edad con anemia en los registros del Servicio de Laboratorio del Establecimiento de Salud, esta información fue contrastada con las historias clínicas, verificando que hayan ingresado al Servicio de Medicina y algún familiar haya recibido el diagnóstico de anemia nutricional. Asimismo, se consideró la atención en el servicio de Nutrición, donde se indagó por el responsable de la alimentación de los niños identificados.

La selección del caso de estudio fue independiente del tipo y/o estructura familiar, para conocer la realidad del contexto en el que viven los niños/as con anemia nutricional. A partir de la selección de los niños/as, se programaron visitas, donde las responsables de la alimentación fueron informadas sobre el estudio y su propósito, estableciendo fechas para las entrevistas. En cada entrevista se detalló el

consentimiento informado de manera verbal y escrita (Anexo N° 1), haciendo énfasis en la necesidad de grabar la conversación.

La técnica utilizada fue la entrevista en profundidad, mediante una Guía (Anexo N° 2) que estuvo dirigida a las responsables de la alimentación de cada caso elegido, previa cita y acuerdos; todas las entrevistas se ejecutaron en sus viviendas. Y se desarrollaron en base a una guía temática de preguntas abiertas las cuales fueron exploradas de manera flexible, con el objetivo de comprender las perspectivas y experiencias de las personas que fueron entrevistadas.

Las entrevistas iniciaron por temas generales, a través de preguntas diseñadas para abrir la discusión, las percepciones y actitudes generales. Se siguió con preguntas específicas que recogieron información clave sobre cómo toman sus decisiones. Se continuó indagando sobre el tema de investigación, con preguntas diseñadas para aclarar una afirmación o respuesta o para revelar información más detallada. Finalmente, se hicieron preguntas adicionales para buscar información relevante que hizo falta⁷⁸.

El tiempo de aplicación de esta Guía de Entrevista en Profundidad fue entre 45 y 80 minutos, además, durante las conversaciones, las reflexiones que se generaron, así como las reacciones de los entrevistados o información adicional brindada por los mismos, se registraron en notas de campo, las mismas que fueron complementarias a las transcripciones y consideradas en los resultados y análisis.

6.5 Consideraciones éticas

En la etapa de recojo de información, se solicitó la aprobación del médico jefe del Establecimiento de Salud para la ejecución de la investigación y por consiguiente el acceso a información de los niños/as con anemia nutricional. El personal de los Servicios de Laboratorio y Admisión tuvo conocimiento de la investigación, especialmente el uso de las fichas integrales donde se encuentran los datos personales de los niños/as como nombres y apellidos de ambos padres, número telefónico, dirección, entre otros. El contenido de estas fichas fue trasladada a un registro personal, conservando la confidencialidad de la información en todo el proceso.

Luego de identificar a los responsables de la alimentación, se establecieron fechas de visitas en sus domicilios para explicar el propósito del estudio, una vez iniciado el contacto se preguntó si deseaban participar en el estudio, para lo cual se entregó la hoja de consentimiento informado (Anexo N°1), explicando en lenguaje sencillo el objetivo de la investigación, el proceso de obtención de datos (entrevista), así como la necesidad de realizar más de una visita a su hogar en caso fuera necesario. Además, se solicitó la presencia de un testigo que avale que se ha explicado los detalles del estudio junto con la lectura del consentimiento informado.

En cuanto al procedimiento de obtención de datos, se manifestó el tiempo aproximado de las entrevistas, así como la necesidad de grabarlas, haciendo hincapié en la confidencialidad de la información (grabaciones y transcripciones) antes, durante y después de llevar a cabo las entrevistas. El tratamiento de la información fue realizado con minuciosidad, guardándola en un equipo de cómputo

personal incluyendo contraseñas para salvaguardar el contenido y asignando códigos en lugar de los nombres de los informantes, para mantener su anonimato y así facilitar la catalogación de los datos para su posterior archivo e identificación.

La investigación no generó ningún daño ni perjuicio a los participantes, además se recalcó a cada entrevistada que podía retirarse en el momento que lo desee, sin que esto implique un perjuicio, asimismo se dejó en claro que su participación no implicaría ningún costo o compensación.

6.6 Plan de Procesamiento y Análisis

El procesamiento de datos se basó en la propuesta de García (2007) para los estudios de casos, la cual comprende tres etapas:

6.6.1 Gestión de Datos

Preparación de los datos para el análisis

Los audios de las entrevistas en profundidad fueron degrabadas y transcritas en el programa Microsoft Word, además se hizo el control de calidad de la información junto a las anotaciones realizadas en campo. La transcripción fue realizada con las mismas palabras y expresiones de las entrevistadas, considerando gestos o emociones que presentaron en el momento.

De la unidad hermenéutica a la unidad de significado.

Conformación de la unidad hermenéutica: Para esta investigación la unidad hermenéutica correspondió al grupo de documentos generados en las entrevistas y archivados bajo el nombre: “Resultados: EstudiosCasos:1-6” al término de la degrabación y transcripción. Toda la información se dividió

en 7 archivos, un archivo para cada caso y uno adicional conformado por las anotaciones de campo.

Unidad de análisis textual: Se seleccionaron extractos de párrafos y frases, en tanto unidades de sentido fue posible identificar en la transcripción, que involucra aspectos subjetivos de lo narrado por las madres, de acuerdo a las variables estudiadas, las cuales fueron resaltadas.

Tratamiento de las unidades de significado

Inició con un primer nivel de tratamiento de datos a través de una lectura detallada de las transcripciones. En los extractos de entrevistas identificados como unidades de sentido en la etapa anterior, se hallaron unidades de significado, las cuales eran frases que pertenecían a una determinada categoría, asignándoles una etiqueta provisional. Esto se realizó para cada caso de forma manual desde microsoft word.

6.6.2 Análisis descriptivo de las categorías

Esta etapa tuvo como objetivo construir categorías.

Identificación de los temas: Corresponde a la identificación de los descriptores a partir de las unidades de significado, es decir, aquellos temas que describen y representan a una dimensión de las categorías.

De los temas a los códigos iniciales: Implicó un mayor análisis de los testimonios, encontrando más de una unidad de significado en algunos párrafos identificados inicialmente bajo etiquetas.

De los códigos iniciales a los códigos definitivos: Se reevaluó la asignación de los códigos iniciales para luego hacer algunos ajustes.

De los códigos a las categorías: A partir de la estructura de contenidos elaborada para organizar etiquetas, códigos iniciales y finales, se sistematizó y asignó cada unidad a una categoría. Este proceso implicó una retroalimentación, con el fin de incorporar elementos que se perdieron durante la codificación.

6.6.3 Análisis conceptual

Se realizó nuevamente una revisión de las categorías, las mismas que se articularon de acuerdo a las dimensiones, para luego hallar similitudes y/o diferencias entre ellas. Primero se realizó por cada caso y con la información consolidada, se continuó con el análisis en conjunto, de los 6 casos.

VII. RESULTADOS

CASO 1

DESCRIPCIÓN

Los miembros del hogar provienen de la Sierra de Huaral, está integrado por seis personas (ambos padres, tres hijos y una tía adolescente), quienes radican en Lima desde hace nueve años, el hijo menor tiene un año y los otros 7 y 9 años. El niño fue diagnosticado con anemia nutricional a los seis meses. La madre de veinticinco años (adulta joven) es responsable de la alimentación; tiene dos negocios independientes de costura y lavandería los cuales funcionan en la misma casa, para ello recibe ayuda de su hermana menor. El padre trabaja como chofer desde hace un año en un campamento minero, regresando a su casa entre cuatro y siete días de cada mes.

PROCESO DECISIONAL PARA EL CAMBIO DE LA ALIMENTACIÓN

CONOCIMIENTO Y COMUNICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ANEMIA

El diagnóstico de anemia nutricional del niño se brindó en el Establecimiento de Salud y fue recibido con desconcierto por la madre, ya que mientras vivió en la Sierra, “no conoció” de la anemia, ni de los cuidados implicados en la alimentación. Continuó con las mismas costumbres alimentarias, al considerarlas adecuadas. Estas decisiones fueron reforzadas por el crecimiento normal de su niño (peso y talla), el cual era informado en los controles de Niño Sano: “...y normal subía de peso, normal seguía creciendo”.

“antes en la chacra no más vivían y no sabían que era anemia, comían no comían (...) y antes no estudiaban nada de eso y nosotros no sabíamos, en la chacra crecíamos así normal si teníamos anemia o no, en cambio ahora último uno ya sabe”.

La madre replica patrones de alimentación en la dieta básica del hogar, donde predominaban las sopas sobre los guisos, ya que mientras residían en la Sierra utilizaban los alimentos producidos por la familia, como tubérculos y menestras.

“En la chacra lo que hay nomás le das de comer (...) mayormente lo que he cocinado es así que tengan verduras papitas eso siempre, después que él nació no cambió mucho porque él a veces quiere sopita preparo sopita”.

La madre compartió con su pareja la noticia de la anemia de su hijo, mostrándose preocupado por el diagnóstico, lo cual resolvió rápido, ya que decidió que la madre se enfoque en mejorar la dieta alimentaria del niño, asumiendo la madre la responsabilidad de recuperar a su hijo de la anemia nutricional, al seguir las recomendaciones recibidas en el Establecimiento de Salud: “él me dice: trata tú, trata de darle lo que la doctora te dice ya? y para que él se recupere”. A su vez, la madre atribuyó la anemia nutricional del niño a su pareja, al no aceptar la preparación de las comidas propuestas por ella: “que yo a veces le quería dar un cosa, y mi esposo no quería, entonces, ahí está pues el resultado”.

La madre no compartió el diagnóstico con su hermana ni su hija mayor, sin embargo, si lo hizo con su suegra, quien es una figura importante en el proceso de alimentación, quien reaccionó con tranquilidad brindando soporte y tranquilidad a la madre, haciendo hincapié en la actitud activa del niño, al jugar y expresar emociones, siendo esta una razón para no preocuparse.

“A veces tengo alguna inquietud y sabe qué, me pasó esto le digo, ah ya, me dice: pero ya va a pasar”.

“Mi suegra, mmmm (...) me dijo: pero ya poco a poco se va a recuperar, solo ve la actitud del bebé, porque él juega, ríe, llora, el se siente bien, porque si él se sintiera mal ahí tendrías que preocuparte me dijo”.

PERCEPCIÓN Y REFLEXIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN

La madre al recordar sus prácticas de alimentación cuando tuvo anemia durante la gestación, lo relaciona con el diagnóstico actual de su hijo, aunque para ella ésta es diferente por su condición de “adulta”. La inadecuada alimentación durante la etapa de lactancia materna exclusiva en cambio, fue señalada como otra posible explicación de la anemia nutricional de su hijo.

“Bueno yo he tenido anemia en mi embarazo, pero como yo soy ya adulta... pero con un bebe es ya muy distinto ... al saber que él solo lactaba y yo era que le alimenta a él, yo era quien tenia que estar bien alimentada para que el también”.

Respecto a su propia alimentación, la madre tenía la percepción que el comer pequeñas cantidades de alimentos o dejar de comer no revestía preocupación, convirtiéndose en una práctica cotidiana. Además, no pensó que su niño podría tener anemia nutricional porque sus hijos mayores no la padecieron o al menos nunca lo supo, continuando con las mismas costumbres alimentarias.

“En sí mis hijitos no han tenido anemia, como no han tenido anemia, no entendía muy bien de qué se trata o como puedes superarlo”.

Para los padres, el estado “activo” de su hijo garantiza su salud, al no observar ningún síntoma o malestar que los hiciera sospechar de algún problema. También bastaba que el niño “comiera algo” y generaba alivio a pesar que no terminaba las comidas.

“Y me dice pero por qué si el bebe come (...) lo veo a él normal, sano, juega llora, hasta quiere correr, no lo veo así diferente, lo único es que no come, eso nada más”.

“A veces no le doy de lactar, no quiere, y le intento con una frutita así, para que algo tenga en el estómago, porque como dicen algo tiene que comer ¿no?”.

Otra razón para que los padres consideren que la alimentación del niño era apropiada, fue el buen peso que observaban en él. Compartían la percepción de que un niño bien alimentado y saludable es “gordito”. La madre comprendió la explicación del personal de salud, de que el peso no asegura un buen estado de salud, sin embargo, el padre se mostró más escéptico y solo se convenció cuando la nutricionista de su centro de trabajo manifestó que las personas con exceso de peso también pueden tener anemia nutricional.

“Me chocó porque como lo veo gordito y me dijo el doctor que hasta los gorditos tienen anemia, ya ahí entendí que no porque es gordo no puedes tener anemia”.

“Porque allá (trabajo de su esposo) ellos tienen una nutricionista y le preguntó y le dijo así usted esté gordo y más gordo reventando de gordura señor usted puede tener anemia”.

INICIO DE CAMBIOS EN LA ALIMENTACIÓN

Al haber evaluado sus propias prácticas de alimentación y contrastándolo con las recomendaciones brindadas en el Establecimiento de Salud, inicialmente la madre decidió empezar por cambios en las preparaciones cotidianas, tanto en la variedad de las comidas eligiendo alimentos ricos en hierro (bazo, hígado, etc) y el incremento de la cantidad de alimentos ofrecidos al niño; ninguna de estas actividades formaba parte de los hábitos alimentarios en su hogar.

“La alimentación mejoré, o sea yo le daba papita con hígado o su verdura pero ya mejoré y le exigí comer bastante comida... tenía que hacerle comer bazito, hígado eso pero... y darle el suplemento que le dieron”.

Por otro lado, la elección de las comidas está basada en la variedad de recetas, considerando días establecidos para algunas preparaciones y la opinión de los hijos mayores sobre lo que desean comer; no obstante, es la madre quien finalmente toma la decisión.

“Yo siempre pregunto a mis hijos qué quieren comer hoy día, quiero tal cosa y el otro que dice yo quiero esto (risas), preparo cualquiera de las 2 cosas, así para que ellos puedan comer”.

Otro aspecto importante, fue la conducta de la madre al momento de brindar las preparaciones, reconociendo que no se trata de servir y dar de comer al niño, sino de demostrar una buena actitud que incluya tiempo y dedicación durante el proceso de la alimentación. A partir de esta reflexión, la mamá dudó en continuar con su trabajo para brindar más tiempo a sus hijos, desistiendo finalmente de hacerlo; en este escenario nuevamente la pareja dejó que ella tomara la decisión.

PARTICIPACIÓN

ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDADES EN LA ALIMENTACIÓN

La responsabilidad de las actividades del hogar es asumida implícitamente por la madre. Además considera que en su condición de responsable del hogar, dispone de más tiempo para dedicarse a la alimentación, además de otras actividades: “porque tienes más tiempo para hacerle comer, esperar las ganas que tiene”. El padre reside mayor tiempo en provincia por razones de trabajo, de esta manera, la madre lo desliga de un mayor involucramiento e intenta organizar su tiempo para atender a su niño y los negocios, solo en ocasiones la hija mayor y hermana intervienen y colaboran, brindando las comidas a los hermanos menores, ya que según la madre son “especiales” para comer y su atención también está centrada en ellos.

“En sí él no puede (su esposo), porque él no está acá conmigo”

“Yo mismo tengo que estar acá, tengo que estar allá y ya me lo llevaba a él (su hijo)”.

La madre siente que es obligación suya asumir la responsabilidad, porque ya ha establecido una forma de llevar la alimentación de su niño y su familia, afirmando que, si esta recae en otro miembro del hogar o un familiar cercano, los resultados no serían los mismos, viéndose afectado el consumo de las comidas y la recuperación de su hijo: “Yo cocino para que ellos coman si no, no comen”. Se manifiesta una desconfianza en dejar la responsabilidad de la alimentación al padre, dando por hecho, que su pareja no asumiría esa actividad con la paciencia y los cuidados que merece.

“Si yo le dejo a mis hijos (a su esposo), no le va cocinar, lo único que haría sería comer en la calle, él con tal de tener la barriga llena (...) pero! osea acá en la casa que se quede, y cocine, y que haga no”.

Otra razón es la conducta permisiva del padre durante las comidas, porque termina cediendo a lo que los hijos desean comer, que no necesariamente guarda correspondencia con una buena alimentación, esto ha generado que los niños exijan lo mismo a su mamá: “Mis hijitas siempre tratan de dominarlo al papá, por eso es que yo misma me encargo. No, no me siento bien por eso como sea yo misma, como sea tengo que hacerlo yo misma, eso sí, siempre he sido yo así”. A lo anterior se suma, los deseos de la madre de evitar acostumbrarse a la ayuda de su pareja, pues en el primer viaje de su esposo a provincia le afectó no tener ese apoyo.

“No me gusta acostumbrarme, yo lo limito, porque ya me pasó, yo ya me había acostumbrado que tuviera un apoyo de él y cuando se fue me chocó bastante, desde ahí ya no, yo le pongo un límite, le digo no!”.

El soporte económico, es asumido por ambos padres. La madre tuvo la iniciativa de instalar un negocio en casa; esto no nació de una imposición, sino de una necesidad, debido a gastos que tenían bajo su responsabilidad, por ello entró a un curso de costura durante ocho meses. En este aspecto, la suegra también jugó un rol importante, ya que brindó respaldo económico cuando el padre estuvo sin trabajo durante mucho tiempo: “mi suegra venía nos decía: yo les voy a apoyar hasta que consigan trabajo”.

“ya que me queda, solo seguir los 2 apoyándonos, en sí dejar de trabajar pues, no no se puede”.

Sin embargo, la carga laboral que demandan sus negocios, afecta en ocasiones el tiempo que la madre le dedica a otras actividades del hogar: “a veces tengo harto trabajo y no puedo hacer esto o no puedo hacer el otro”, llegando a concebir la posibilidad de prescindir de sus negocios para dedicarse por completo a sus hijos, en este escenario, la pareja nuevamente dejó en las manos de la madre la decisión, sin embargo, los gastos del hogar, no son cubiertos sólo con el trabajo del padre.

“Es tu decisión de ti, yo no te exijo, pero si tú dices que no puedes lo dejas, yo te voy a apoyar, él me dice así, pero no se puede y veces hay días que ya no aguanto”.

Cuando la pareja está en Lima, participa ocasionalmente en el cuidado del niño, para la madre, esto significa una ayuda porque alivia el resto de actividades pendientes. El abuelo también se queda al cuidado del niño sólo cuando la mamá tiene que ausentarse por poco tiempo, sin embargo, para ella, el suegro no muestra interés en conversar sobre la alimentación y salud de su hijo, considerando esta actitud propia de los varones.

“A veces siento mucha presión, aquí me ayuda a veces, me alivia un poco en hacer las tareas...”.

“El (suegro) no tiene mucho interés porque es hombre, él no es mucho de hablar, pero a veces me ayuda... a veces yo salgo, me lo ve al bebe (...) a veces me lo cuida, un ratito en que yo voy y recojo a mis hijas”.

PARTICIPACIÓN SEGÚN RESPONSABILIDADES ASUMIDAS

Dentro de este proceso, la madre ha buscado estrategias para mejorar la alimentación de su hijo, como la búsqueda de nuevas recetas a través del internet, sin embargo, esto no ha implicado preparaciones que incluyan alimentos fuentes de

hierro. Las hijas mayores en cambio, han colaborado con la búsqueda de información sobre la anemia nutricional, para que sea considerado por la madre.

“Busco en internet (risas), por ejemplo yo nunca he comido las ensaladas de verduras y un día no sabía qué cocinar y sabes qué le dije a mi hermana, trae brócoli zanahoria arverja papita (...) y se los come todito”.

“Mis hijitas... ellas también me han ayudado, incluso han buscado en internet sobre la anemia, he encontrado vitaminas, como también pescado (...) a veces casi constante estoy viendo ahí, a veces sale algo nuevo y estoy ahí”.

La hermana mayor de la madre, la apoya compartiendo experiencias suyas cuando su hijo fue diagnosticado con anemia nutricional y como se recuperó con el consumo de determinados alimentos y comidas. Por su parte, la mamá envía charqui y algunas vísceras desde la Sierra, para que sean incluidas en las comidas.

“Me dijo (hermana mayor) entonces que como él no come sabes que dale sopita de pescado, porque a su bebito así le dió, le hacía comer cosas de pescado, bazo, hígado, así, así me dijo este se va a recuperar rápido, porque a sí se recuperó su hijito”.

La suegra ha enseñado a la madre a preparar nuevas comidas, actualmente es la persona más cercana, quien la acompaña en el proceso de la alimentación, incluso más que la pareja: “ella sí me ayuda”, “me apoya bastante”.

“Ella (su suegra) cocina una cosa, yo cocino otra cosa y ella me guía, me ayuda a intentarlo, así pica aquí (...) para cocinar me dice así hazlo (...) hay veces mi suegra se va de viaje (...) no tengo con quién preguntar, o con quién compartir”.

En la compra de alimentos, la tía participa ocasionalmente, siguiendo indicaciones de la madre. El padre acompaña en las compras mientras se encuentra en Lima, pero se encarga de cocinar solo si se trata de tallarines.

“Al comienzo íbamos al mercado juntas, le dije acá vas a comprar tal y tal cosa, ella va al mercado, yo le digo voy a cocinar tal cosa, me compras esto y ella me hace la compra”.

La madre también se ocupa de brindar las comidas la mayor parte del tiempo, pero cede ante el niño cuando no quiere comer, optando por la leche materna: “Osea ya no quiere comer, cuando no quiere no quiere, no quiere y no quiere ya y me siento mal que él no come y ya le doy de lactar, tengo que darle de lactar, sino a veces no se deja”. Por ello, su hija mayor, en algunas ocasiones acompaña al niño durante las comidas, utilizando estrategias lúdicas que animan la ingesta de alimentos en un ambiente que motiva al menor a comer, por ejemplo, el clásico avioncito: “Mi hijita le dice: a ver come bebé avioncito...”. La suegra es quien tiene mayor participación, porque visita casi a diario a esta familia y colabora dando de comer al niño, además lleva comida preparada por ella, de modo tal que el niño prueba otros sabores: “le hace comer un poquito de lo que ellos cocinan, la cosa que pruebe distintas cosas”.

“Y a veces me ayuda, ya que ella me dice: ya escóndete y yo le doy de comer; es ahí donde él come bastante, le trata así de dar de comer su higadito, su bazito”.

Algunas estrategias de la madre para incrementar el consumo de su niño no resultaron favorables, por ejemplo: cambio del orden en que son servidas las comidas, o cuando halló una manera particular de servir las preparaciones a su hijo,

formando dibujos con los alimentos, de manera que capte su atención y pueda consumir toda la preparación, sin embargo, no tuvo éxito.

“A veces él come más temprano a veces almorzamos juntos, trato de hacerle comer para ver que comen, come 2, 3 cucharas mirándoles y él también quiere ya”,

“Con frutas, porque él no me comía manzanitas, no comía nada fruta, ahí hacía manzanita con su carita, en forma de carnerito, así, para hacerle, él miraba, lo chupaba (...) pero no entiende nada solo come lo que quiere, es que a veces hay para darles pero así en forma de dibujitos”.

DIFICULTADES PARA LAS ACCIONES Y DECISIONES

ACTITUD AJENA

La madre ha señalado que en el proceso alimentario hay poca participación de su pareja, de quien espera más interés en la alimentación de su hijo y tome la iniciativa de involucrarse en las decisiones, como las compras o la elección de las comidas durante su permanencia en Lima: “No participa él en esa parte”, señalando además que no está relacionado o desconoce sobre la alimentación que el niño debe tener para recuperarse de la anemia nutricional.

“...raaaaras veces a las quinientas, pero así normalmente que él diga: tal día haces esto y cuando hacemos compras ¿para qué? para subir su hemoglobina y de pasada comemos todos”

De lo anterior, pese a que ya se ha establecido una rutina en la alimentación, la madre espera que las conversaciones se profundicen y no solo comprendan preguntas sobre qué y cuánto comieron, por ello, anima al padre a participar más en

ese aspecto cuando se comunica desde provincia. La madre cuestiona a la pareja sobre la idea que él tiene, acerca de que si el niño no come un día no implicará un problema.

“Por los tres pregunta, como están, que están haciendo, si ya almorzaron, qué hizo, yo hago que tengan esa conversación (...).”

“El me mira y no me dice nada, se queda callado, calladito nomás se queda; pero es un día que no come- me dice- siempre me repite lo mismo, es un día que no come, le digo: ¿cómo no van a comer? y ¿cómo dulce van a comer?”

Debido a los escasos días que el padre está en Lima, se comparte pocas experiencias en la alimentación, para la madre, cuando su pareja interactúa con los hijos durante las comidas, los engría y esto genera molestia en ella, iniciándose muchas veces discusiones: “no soy de callar, le digo: cómo vas a dejar que te digan no quiero y punto y lo dejas, ellos tienen que comer”. Para la madre, la pareja no actúa ni muestra la paciencia que ella tiene en la alimentación, cediendo en las comidas y optando por comprar lo que sus hijos le piden, por esta razón, cuando la mamá tiene que salir, busca la manera de estar presente en las comidas.

“Tú por no verles lo que comen, no les haces caso le digo, es que no quieren, (-estoy sentado y les digo: comen!, ya termino de almorzar y ellos ni terminan- dice el padre), y yo le digo: Así es! tengo que sentarme a cuidar que ellos terminen de comer”

“A veces cuando mi esposo está, salgo... pero tengo que llegar a la hora porque no tiene mucha paciencia me dice: no comieron porque dicen no les

gusta ¿y qué les has dado? -compré yogurt y cereal de la tienda-, por eso yo tengo que estar ahí con los 3”.

LIMITADA EXPERIENCIA EN LA ALIMENTACIÓN

El desconocimiento sobre la anemia, así como la limitada experiencia en la alimentación, generaron que la elección de las preparaciones, el tipo de alimentos y las cantidades de los mismos sean decididos por la madre, siguiendo los patrones alimentarios aprendidos en la Sierra: “yo tenía otra manera de cocinar”, un hecho que fue superado, no sólo por la variación de las comidas y la inclusión de nuevos alimentos recomendados en el Establecimiento de Salud, sino por haber aprendido a preparar las comidas a las que estaba acostumbrado su pareja.

“A veces quisiera hacer otras comidas que en sí no han comido para ver si les gusta o no les gusta, para poder integrar otras comidas, por eso me fijo en el internet”.

“... ellos tienen otro modo de cocinar para que mi esposo coma he tenido que aprender, bueno hasta ahora”.

La madre relata que la experiencia en lactancia materna y alimentación complementaria fue diferente entre el hijo menor y las mayores, con ellas tuvo poca leche materna introduciendo alimentos antes de los seis meses con avena, indicando mayor disponibilidad de tiempo que ahora. La madre esperó que esa práctica continuara con su hijo menor y aunque a él le brindó lactancia materna exclusiva hasta los seis meses que es lo recomendado por el Ministerio de Salud, considera que hubiera sido mejor que la experiencia se repitiera con él.

“Hubiera tenido más tiempo, así como mis hijitas haberle hecho, porque a él solo le daba de lactar (...) porque con mis hijitas desde que nacieron les daba avena y agua poco a poco fue aumentando y hasta que comieron normal”.

“...cambio con mi hijito tenía bastante leche y le daba y nunca había tomado fórmula”.

A las dificultades descritas, se suma la resistencia del niño al consumo de las comidas, descrita por la madre como una situación complicada donde debe demostrarse paciencia, que ha reconocido no demuestra siempre: “Yo le digo hay a veces no tengo paciencia (...)”. La mamá también la exhorta a cambiar de actitud para lograr que el niño acepte las comidas antes que la leche materna: “pero tú tienes que darle, él no te va a mandar y yo le digo: hay veces no tengo paciencia, él no te va a mandar me dice, yo le digo pero me da pena, él llora, por llorar él no se va a morir, se va a morir cuando le da una enfermedad”, una opinión distinta a la del padre: “pero ¿qué vamos hacer si no quiere el bebe?, no le vas a obligar”.

EMOCIONES EN TORNO A LA ALIMENTACIÓN

En el proceso de recuperación de la anemia nutricional, el bajo consumo de alimentos del niño ha desencadenado en aflicción por no saber cómo actuar y qué decisiones tomar al ver que su hijo se resiste a comer pese a sus insistencia: “A veces no sé que hacer, me preocupa y digo no sé ni que hacer porque no quiere, le insistes, pero lo bota y a veces me siento mal, porque cómo lo voy hacer alimentar”, “Me siento como que un poco mal porque es como decir que yo quiero hacer pero el bebe no quiere osea te sientes mal osea ¿cómo hago? ¿qué hago?”, algo que no

expresa hacia los otros miembros del hogar, no obstante, durante la conversación se percibió una necesidad de ser escuchada.

También ha sentido culpa por dedicar parte de su tiempo al trabajo y descuidar su alimentación y la de su hijo: “tengo hartoo trabajo... y no tengo tiempo para él”, que se suma a la carga que siente de ejercer responsabilidad en mejorar la alimentación sin que el resto de actividades se vean afectadas.

“Yo me eché la culpa porque a veces no puedo tomar desayuno, a veces me olvido, por hacer cualquier cosa y yo misma me eché la culpa”.

“A veces me siento.. a veces digo hay no trabajo mejor, porque a veces es demasiada carga, en si yo solita estoy, mi esposo me dice: pero ¿qué vamos a hacer? ...”.

Ante las situaciones descritas, la motivación de la madre se mantiene por su fuerte deseo de ver a su niño recuperado.

“Lo que me motiva es pensar que mi hijito, osea... va salir de la anemia, va estar bien, sólo ver eso, que va estar bien, bien, bien”.

OTROS FACTORES

Algunas decisiones sobre la compra de alimentos recomendados para el niño, no se llevaron a cabo por el poco acceso a estos, no obstante, no se agotaron todas la posibilidades para obtenerlos.

“Hasta el relleno, eso que venden, pero es difícil conseguir, no venden mucho por acá”.

CASO 2

La familia está conformada por cinco miembros: ambos padres, tres hijos, dos son adolescentes y la última hija de 1 año tiene diagnóstico de anemia nutricional. La madre es una adulta de 45 años, encargada de la alimentación, ella y su pareja provienen de Abancay y Huancayo respectivamente, pero están residiendo en Lima desde hace más de 20 años. La madre se encarga de todas las actividades del hogar, teniendo como referencia, las experiencias vividas durante su infancia, que se caracterizó por una gran dedicación de la mamá en todas las actividades del hogar, priorizando la alimentación de los hijos por encima de cualquier situación.

“Mi familia siempre ha sido así, mi mamá aunque este mal siempre ha estado ahí, aunque este mal, tenía que hacer la comida, las carnes, entonces eso veía yo, siempre he sido así”.

PROCESO DECISIONAL PARA EL CAMBIO DE LA ALIMENTACIÓN

- CONOCIMIENTO Y COMUNICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ANEMIA

Durante el control de su niña en el Establecimiento de Salud, la mamá recibió el diagnóstico de anemia nutricional, manifestando de inmediato su desconcierto al personal de salud: “¿por qué? y... ¿qué es lo que debo hacer no...?”, porque la madre consideraba que la alimentación de su hija era adecuada. La preocupación sobre las consecuencias de la anemia nutricional en la niña disminuyó, cuando recibió información sobre el tratamiento de esta enfermedad: “entonces ella se va a recuperar, entonces yo cuando ya me dijo eso, ya un poco ya me sentí un poco más aliviada”, de la cual tenía conocimiento sobre algunas consecuencias en el futuro.

“Me sentí mal porque a uno que le digan que su hijito o su hijita está mal, porque es prácticamente una enfermedad que ya tiene el bebe y si tú no le curas de repente le puede pasar algo, entonces me preocupé y me sentí mal más que todo”.

El padre tuvo una reacción inicial, similar al de la madre: “le comenté a mi esposo, también se sintió preocupado”, del mismo modo, se sintió tranquilo al saber que su hija puede recuperarse con el sulfato ferroso. En esta primera conversación, la pareja esperó que la madre haya consultado acerca de todas las posibilidades para tratar esta enfermedad.

“Sí le digo porque ella puede también tomar sulfato ferroso... Ah! Ya entonces hay que ver eso, de esa manera, si ella come poco, ya con eso podemos complementar-dijo la pareja”.

PERCEPCIÓN Y REFLEXIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN

Los padres continuaron buscando una explicación para entender lo que están viviendo. La madre refiere que para su pareja ella llevó una buena alimentación durante la gestación, indicando: “pero... ¿por qué? si tú te alimentabas bien cuando estabas embarazada, comías bien”, sin embargo, la madre duda de haber tenido una alimentación adecuada en esa etapa, que pudo haber desencadenado en anemia nutricional, asociándola también con la edad en la que tuvo a su última hija.

“Derrepente mi embarazo no me alimentado como debe ser, y todo eso, el bebe no se alimentó como debe ser, entonces yo también pienso eso (...) yo digo de repente por la edad no? Porque ya tengo 42 años”.

Según la madre, la pareja asume que la alimentación de su hija es adecuada, debido al desenvolvimiento más activo que observa en ella, a diferencia de sus hermanos mayores.

“El mismo (esposo) ve que es bien despierta, y dice: ella es diferente a sus hermanos, entonces supone lo que ella está comiendo le está alimentando”.

Sin embargo, la madre intenta explicar que la causa de la anemia nutricional de su hija no está relacionada con las acciones y decisiones de los padres, por el contrario, mencionó que los niños ya nacen con esta enfermedad, lo cual fue reforzado por otros familiares: “pero es así pues le digo, uno no puede decidir no? que puede nacer así (...), osea nacen con poca sangre le digo”, esto restó preocupación sobre la anemia y también fue apoyado por su suegra, pues según la madre, ella considera es una situación típica en los bebés que mejora en el tiempo, quien le dijo: “Como es chiquita todavía no come bien, entonces ya poco a poco según que va creciendo ella más va a comer”.

“En cambio mi familia... siempre me apoyaba y me dijo que la mayoría de los niños nacen con anemia; pero no es porque casi no se quieren alimentar, parece que así ya nacen los bebes, así me dijeron entonces ya un poco tranquila también”.

Por ello, hay una resistencia a aceptar que el diagnóstico de su hija es responsabilidad suya y que está relacionado con las prácticas de alimentación ejercidas por ella, evidenciándose una sensación de alivio al conocer que hijos de otros familiares también tienen. En lo que si reparó fue en la necesidad de una mayor presencia suya y atención a su hija durante las comidas: “Entonces eso es

cuestión de estar ahí, ayudándole ahí o sea a que pueda alimentarse bien, como debe ser”.

INICIO DE CAMBIOS EN LA ALIMENTACIÓN

La madre acepta el diagnóstico de anemia nutricional afirmando que los “niños nacen así”, por ello, después de repensar en las prácticas de alimentación, instauró algunos cambios a los hábitos que ya estaban establecidos: “Ahora tengo que cambiar”, “Siempre hay un cambio tanto en la alimentación, más que todo en la alimentación, cambia todo”, uno de ellos fue la inclusión de vísceras, los cuales eran vistos como alimentos necesarios solo en presencia de algún problema de salud.

“No preparaba mucho la mollejita y ahora hago, la sangrecita, hígado también no lo hacía, también le hago chanfainita, antes no hacía mucho”.

Se tuvo claro que el cambio en ciertas prácticas de alimentación se debía a la anemia nutricional de la menor y esa situación alcanzaba a toda la familia: “Lo que ha cambiado es la alimentación más que todo, como ella tiene anemia entonces la comida también pues varía para todos, eso sí ha cambiado eso bastante y tengo que hacer por algo que va a ser bueno para mi hijita”, aunque fue por un periodo corto de tiempo, señalando como principal razón el hostigamiento de la familia, por haber hecho con mucha frecuencia, preparaciones que incluyeron vísceras.

“...se hostigan y no quieren, entonces ya a veces lo sienten el sabor y no lo quieren, la bebida quizá se cansó de todo eso”.

Incluso, cuando la madre empezó a relatar sobre la elección de las comidas, señaló el interés en que estas sean variadas, teniendo en cuenta lo preparado el día anterior y estableciendo la costumbre de asignar algunos días específicos para ciertas

preparaciones, pero no mencionó el uso de alguna víscera al referirse a las comidas que prepara actualmente: “Trato de que, por ejemplo, un pollito frito, pero siempre le pongo una menestra por ejemplo.

“Todos los lunes son la lenteja y el viernes son pescado, me pongo de acuerdo con todos, con mis hijos más que todo porque todo lo que preparo mi esposo lo come, en cambio mí otro hijito el de 10 años bien especial es para comer”.

PARTICIPACIÓN

- ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDADES EN LA ALIMENTACIÓN DESDE LOS ROLES

La madre, considera que el rol de responsable de la alimentación es un deber por su condición de madre, lo cual debe ser asumida desde que se establece una familia: “...si uno tiene su familia ya pues quien tiene que estar pendiente, es más que todo la mamá”, agrega además que la decisión de tener hijos, la obliga a hacerse responsable de todas las actividades del hogar: “si he decidido tener 3 hijos, tengo que afrontarlo”.

Enfatiza además, que la responsabilidad de ambos padres está en el mismo nivel, aportando por igual al hogar desde el rol que cada uno ha asumido, el padre como proveedor económico y la madre como encargada de la casa. Esto es señalado porque se dedica por completo a las actividades del hogar sin ayuda de alguien.

“Yo creo que es la encargada de todo (...) porque si mamá y papá no están en constante comunicación o no están en ese nivel de apoyarse o hacer su

rol cada uno y estar a la par, yo creo que la familia nunca va salir adelante”.

“Gracias a Dios nunca he recibido el apoyo de nadie, sola he hecho mis cosas, cocino, lavo, cuido a mis hijos, sólo... así hago, no me pueden decir yo hago más o yo hago menos. Siempre hemos estado a la par”.

La madre siente desconfianza de que otra familiar se encargue de la alimentación y no brinde a su hija las preparaciones adecuadas ni la dedicación necesaria, por eso evita dejar esa responsabilidad y siempre está presente en las comidas.

“Me sentía de repente no le habrán dado la medida exacta, lo habrá tomado, no lo habrá tomado no, siempre uno siempre con esa preocupación, habrá tomado, habrá comido como le dije, lo habrán hecho”.

Asimismo, siempre se ha dedicado a la crianza de todos sus hijos, señala que su pareja es quién tomó la decisión de que no trabaje mientras se dedique al cuidado de los hijos, lo cual es aceptado por la madre ya que concibe la necesidad del cuidado permanente y la presencia de la madre en el hogar: “él aun dice que no trabaje”. Para ella, su pareja no podría dedicarse al hogar, porque implicaría que deje el trabajo.

“Más me dedico yo a ellos, porque todo niño cuando está chiquito necesita atención bastante porque si uno se descuida, de repente le puede pasar algo, se enferma de algo (...) todo niño hasta grande 17, 18 años siempre tienen que estar ahí, estar preguntándoles (...) yo quisiera trabajar, pero tanto casi me he dedicado a mis hijos nose, los extrañaría”.

Los hijos mayores apoyan ocasionalmente en el cuidado de su hermana mientras la madre realiza otras labores en casa, quien ha observado en ellos más paciencia mientras están cuidándola.

“La actitud de mis hijos, son más pacientes que ella, le toman más atención o lo cuidan a veces que estoy haciendo a veces cuando ellos están miren un rato voy a lavar, voy a limpiar y así, ellos en esa parte me apoyan le cuidan”.

- PARTICIPACIÓN SEGÚN RESPONSABILIDADES ASUMIDAS

La elaboración de las comidas está a cargo de la mamá, utilizando recetarios otorgados en el Establecimiento de Salud, con el fin de incorporar alimentos y preparaciones necesarias para mejorar la alimentación, esto se complementó con recetas obtenidas del internet por los hijos mayores, lo que facilitó la variación de comidas en el menú familiar.

“... hace poco me dieron unas recetitas de sangrecita, su chaufita, una torrejita, entonces yo le digo, pero hay que darle esto, hay que hacerle esto”.

“A mi hijo mayor le digo que, que entre a internet y qué es lo que podemos darle más a ella, como es bebe no? qué es lo puede recibir la sangrecita, el pescado, carnes”.

Además, aceptó recomendaciones de otras personas, sin embargo, a pesar que los alimentos sugeridos no son fuentes ricas en hierro, las tomaba como válidas. Por su parte, un familiar cercano le recomendó el sulfato ferroso como alternativa para

incrementar la hemoglobina, basada en la experiencia que tuvo con su niña, también diagnosticada con anemia nutricional.

“A veces yo ahí a mis amigas les contaba y les preguntaba qué es bueno (...) después me dicen dale brócoli”.

“Una mi prima también su hijita de 2, 3 años tiene anemia, entonces yo le pregunté: como hiciste para que le subiera su hemoglobina, me dijo: no, me dijo que le diera sulfato ferroso nada más, le di 1 pomo”.

La suegra por su parte, ha motivado que continúe brindando alimentos ricos en hierro recomendados por el personal de salud a su hija: “pero síguete dando el hígado o esas cosas, dale y sólo va a subir me dijo, no te preocupes me dice”.

La dinámica durante las comidas se desarrolla en familia, la madre intenta involucrar al padre e hijos mayores para que brinden la preparaciones a la niña, además, la madre opta por otras estrategias como el uso de la tablet o algún juguete para entretenerla, solo así, ha conseguido una mejora en su consumo.

“Mira bebé estoy comiendo y ve a ellos también y come, y ellos también le dan (esposo e hijos mayores), a veces cuando ya no quiere dice teta teta y ya se prende y no quiere comer y a veces yo les digo, a ver traten de darle ustedes”.

DIFICULTADES PARA LAS ACCIONES Y DECISIONES

- ACTITUD

La madre se sincera y manifiesta que no tiene suficiente paciencia para alimentar a su hija y nuevamente indica que la edad puede ser una razón, remarcando una diferencia con sus hijos mayores en la forma de brindar las preparaciones.

“La paciencia porque ya no es igual yo digo de repente por la edad, porque más antes con mis hijos era diferente, con mis hijos era un poco más tranquilo, tenía un poco más paciencia”.

- LIMITADA EXPERIENCIA EN LA ALIMENTACIÓN

Para la madre no sólo fue un desconcierto la anemia de su niña, a pesar de ser su tercera hija, fue un nuevo comenzar en cuanto a la alimentación y la crianza, ya que pasaron más de 10 años desde su último hijo, por ello, cuando se inició la alimentación complementaria pasó por algunas dificultades: “Mi dificultad fue prepararle su comida”. Asimismo, la madre ha notado diferencias en la alimentación de sus hijos mayores con la de su hija menor, refiriéndose de manera particular a la sangrecita, lo cual no brindó a su hija porque en su experiencia con sus hijos mayores no fue necesario: “No hacía mucho.. muy poco es que no tenía problemas con mis hijos”.

“Como está chiquita hay que darle eso ¿qué? ¿eso es alimento? a ellos nunca les he dado eso, a mis hijos no les he dado la sangrecita”.

Si bien la hija no consume las cantidades adecuadas y no acepta del todo los alimentos ricos en hierro, hay un alivio en observar al menos un poco de consumo.

“Todo lo que se hace si quiera poco lo come, yo creo que eso a uno le satisface, le alienta a veces, por eso a veces lo que come, no importa un poquito pero lo come”.

- EMOCIONES EN TORNO A LA ALIMENTACIÓN

La madre ha revelado que siente una carga constante por sus responsabilidades, las cuales considera debe asumirlas pese a cualquier problema, por ejemplo, si está enferma, continúa haciendo las actividades del hogar: “tengo que hacer”, “es difícil señorita pero tengo que sacar fuerzas de donde sea”. La mamá lo percibe como una obligación, que no podría ser asumida por otra persona y de lo cual, no puede quejarse.

“...a veces con la gripe, así tapándome tengo que atender a mis hijos, mi familia, porque sino ¿quién lo hace? nadie”.

“Si yo no hago, quien lo va a hacer y si yo me voy a sentir mal, voy a decir hay! estoy cansada y si a veces me quejo hay me cansé, hay quisiera dormir un rato, pero no!”.

- OTROS FACTORES

Si bien es cierto no ha habido problemas económicos para la adquisición de alimentos sí ha tenido problemas en el acceso a algunos alimentos recomendados para la anemia nutricional: “No lo tenía a la mano”, y esa es la explicación del por qué no son comprados e incluidos en sus preparaciones diarias.

“No venden acá en el mercado (bazo) pues tienes que ir por ejemplo lejos a comprar, porque si fuera cerca, así como el hígado, bofe, carne entonces se consumiera acá”.

CASO 3

DESCRIPCIÓN

El hogar está integrado por 3 personas, ambos padres y una hija de un año de edad, quienes provienen de Huancavelica, donde vivieron hasta hace 3 años, desde entonces residen en Lima en un cuarto alquilado. La madre es la responsable de la alimentación y el padre es el proveedor económico, ambos vivieron la mayor parte de su vida en la Sierra, por ello, fue un gran cambio empezar una nueva etapa en Lima, donde se presentaron varias dificultades los primeros meses de su estadía, por ejemplo, la madre no sabía cómo y a dónde llevar a su hija para el control de crecimiento y desarrollo, porque en la Sierra el acceso y el flujo de atención son diferentes, es así que, decidió pedir orientación a una vecina.

“No sabíamos dónde llevar a, a un hospital... como se llama.. a una posta, entonces la vecina (...) antes no conocía de nada doctora, entonces me llevó”.

Residir en Lima, también supuso un nuevo cambio en la alimentación, ya que la madre preparaba las comidas de acuerdo a las costumbres alimentarias de la Sierra, encontrando notables diferencias en elaboración y sabor: “De allá la Sierra cocinamos natural, no entra aderecitos esas cositas”, pues sus comidas eran elaboradas en base a lo que su familia siembra: verduras, tubérculos y cereales, mientras que en la ciudad debe comprar cada alimento y producto para sus preparaciones.

“Allá sembraba y comía: papa, cebada, esas cositas tenemos”.

“Diferente es, porque aquí para plata nomás, en allá nuestro pueblo, todo sembramos pe... tenemos todo ahí, tenemos todo, sembramos zanahoria

allí, y todo aquí plata, diferente, otro gusto también y otra formita también tiene”.

PROCESO DECISIONAL PARA EL CAMBIO DE LA ALIMENTACIÓN

- CONOCIMIENTO Y COMUNICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ANEMIA

La madre recibió la noticia de la anemia nutricional en uno de los controles de su hija, su reacción fue de inquietud, al no saber de esta enfermedad ni la manera cómo su niña llegó a padecerla: “¿Cómo va dar anemia? pensé, ¿Cómo es eso?, así me dijeron, porque no come, porque no alimenta bien, me dijo”, esto se convirtió en preocupación, cuando el personal de salud le indicó que la anemia nutricional estaba relacionada a la alimentación.

“Me han dicho que porque no alimento bien, desnutrido, en el puesto de salud”.

La madre no esperó la reacción que tuvo el padre al hablarle de la anemia de su hija, según ella, su pareja presumió que no estaba alimentándose adecuadamente: “Ah!?, ¿qué? ¿Por qué pues? porque seguro no comes, seguro tú también no estás comiendo (dijo el esposo)”. Así mismo, señala que dejó en sus manos cumplir con las indicaciones brindadas por el personal de salud, esa decisión fue aceptada por la madre. También compartió la noticia con su mamá, quien no conocía de esta enfermedad, estableciéndose una comunicación más frecuente.

“Según lo que dice la doctora, qué tiene que comer pues, qué frutitas, que tienes que comer, qué comidas tiene que comer, empieza a comer me dijo!, entonces voy hacer eso...eso, tengo responsabilidad señorita le dije”.

“con mi mamá me comunico cada semana doctora, a veces me llaman de allá, mi papá, mi mamá también. Yo le conté”.

- PERCEPCIÓN Y REFLEXIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN

Al conocer y compartir el diagnóstico de anemia nutricional de su hija, la madre empezó a analizar sobre la forma de ofrecer las preparaciones y reparó en la importancia de persuadir y motivar a su hija durante las comidas, una actitud que reconoce no estaba demostrando. Asimismo, la madre señala que anteriormente evitaba cocinar sangrecita e hígado debido al rechazo del padre a estos alimentos, por ello, aceptaba esa situación, sin embargo, empezó a incorporarlas gracias a las recomendaciones del personal de salud.

“quizás desde el principio a mi hijita no le he enseñado, eso.. osea quizás me faltó un poco más de este... de exigir o intentar, de aprovecharlo más, de saborear”.

“No cocinaba (sangrecita, hígado) porque no quería (su esposo), no sabe comer, más hacía pollo”.

En esta experiencia la madre halló motivación en aprender a cocinar más preparaciones, deseaba que sus familiares le enseñaran nuevas preparaciones que ayuden en el tratamiento de la anemia nutricional de su hija.

“Quiero que me ayuden, qué cositas más que coma, o qué cositas de verduritas (...)qué frutitas más que nada pa su anemia...”.

También señala que recibió comentarios de su mamá, quien desde su percepción asociaba la poca aceptación de las preparaciones con la salida de los dientes debido al malestar que ello implicaba, afectando el consumo de comidas.

“algo estará comiendo pues, estará comiendo poquito, poquito, según se que... me dijo, que según sale su diente no quiere comer”.

- INICIO DE CAMBIOS EN LA ALIMENTACIÓN

En esta familia se realizaron varios cambios, uno de ellos fue el incremento de la cantidad y frecuencia de las comidas, ya que antes de conocer el diagnóstico de anemia nutricional, la madre tenía por costumbre ofrecer solo desayuno y almuerzo, con cantidades que consideraba adecuadas para su hija, sin embargo, no cubrían sus necesidades, por esta razón hizo caso a las recomendaciones del personal de salud y agregó la cena a la alimentación de la niña.

“Antes cocinaba más bastantecito de madrugada (...)antes para mediodía nomá era, entonces ahora ya no (...) porque su comida nomá hasta mediodía pues no puede estar así, entonces desde que ha tenido anemia, se tiene que cocinar así doctora”.

Otro cambio importante fue la inclusión de vísceras en las preparaciones ya que la costumbre era consumir pollo la mayor parte de la semana, esto se debía a que, en la Sierra, la familia de la madre se dedicaba a la crianza de pollo y era una fuente económica y de consumo, por ello, repitió esos patrones.

“Más que nada comíamos pollo, como en la Sierra matamos pollo, comimos todo carne nomás, caldo de gallina, carne de llama, vaca (...) no éramos de higadito, de esas carnechitas, no, eso nomás, ahora un poco ya estamos comiendo así”.

De esta manera, la madre empezó a elegir alimentos fuentes de hierro, principalmente vísceras, priorizando la alimentación de su hija, al incluir al menos una pequeña porción todos los días, asegurando el consumo de estos alimentos independientemente de las preferencias de su pareja.

“Higadito mas que nada a mediodía nomás hay doctora para comprar, de mediodía para tarde ya no hay, más importante era su higadito, él (su esposo) otra cosa comerá, pa mi hija nomás tengo que cocinar”.

“Según mi dinerito (...) aunque sea pequeñito noma yo le compro su carnecita aunque sea pequeñito... valor de 2 soles”.

Según la madre, la pareja no quiere que trabaje para que se dedique a su hija: “Él no me deja trabajar”, proyectándose a hacerlo cuando su hija alcance una edad adecuada para dejarla en el jardín: “Cuando entra a su jardín, ahí voy a trabajar diciendo estoy, en cualquier cosa, quieran limpieza así, cuando trabajas ahí tienes platita, cuando no trabajas no tienes”. Además, la madre considera que no se puede mantener una casa limpia, mientras ambos padres estén trabajando debido al poco tiempo disponible, por ello, está de acuerdo en la decisión de su pareja.

“Porque me dijo (su esposo): no trabajas, así nomás.. en casa quédate, por eso me siento feliz (sonríe), a veces algunos trabajando todo hacen doctora, trabajan mujer, varón, cuando trabajas no hay tiempo para que limpies tu cuarto”.

“... no quiere mi esposo, tenía mi cuñada también aquí, entonces a ella le voy a dejar le decía a mi esposo, ¿cómo vas a dejar a mi bebe?, va llorar decía”.

PARTICIPACIÓN

- ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDADES EN LA ALIMENTACIÓN DESDE LOS ROLES

La madre es la responsable de la alimentación, rol que es calificado como un deber y separa de esa responsabilidad a su pareja debido al cansancio generado por el trabajo: “Porque yo tengo que atender, porque él cansado, porque yo también tengo que alimentar, a él (su esposo) también tengo que alimentar”. Solo en una ocasión el padre se hizo cargo de la alimentación, durante la recuperación post parto de la madre, tiempo en el cual disfrutó de las comidas preparadas que él preparaba, sin embargo, esta experiencia no volvió a repetirse: “él no ha cocinado hasta ahora, me enseñó nomás”.

“Una vez cuando estaba bebito, esa chiquita, recién nacidita estaba cocinando, rico era!, de varón rico sale (se ríe), cocinó sopita de arroz creo, caldo ha hecho”.

Al preguntar a la madre, cuál es la participación del padre en el proceso de la alimentación, la respuesta la asocia al aspecto económico: “Porque el tiene que darme su plata para comprar algo”. Sin embargo, durante la entrevista también manifiesta su participación en el aspecto recreativo a través de juegos, además de palabras y caricias cuando regresa a casa.

“le conversa, le quiere, le acaricia, todo a mi hija... descansa un rato y juega con mi hija, un rato está, entonces lo besa, lo acaricia, todo hace esta bebe a su papá, entonces lo quiere mucho, mi hija, mi mamá, le dice“.

Por otro lado, hay renuencia a la participación del padre por su condición de hombre, atribuyendo a los varones poca paciencia para intervenir en la alimentación, asegurando que sólo podrían participar en el servido de las comidas:

“No creo que pueda... porque ellos no saben, pueden servir, pero no sabe, porque ellos sirven nomás...”, y en su experiencia desempeña mejor sus actividades en ausencia de su pareja, ya que no le gusta la actitud del padre. La encargada tiene un concepto definido sobre el rol del hombre en un hogar, el cual proviene de sus vivencias en la Sierra al lado de su padre.

- PARTICIPACIÓN SEGÚN RESPONSABILIDADES ASUMIDAS

La madre señala que la organización de los padres es importante para la recuperación de su hija, además, tiene claro los aspectos que faltan mejorar en su hogar, como la variación de las comidas y la disponibilidad económica: “organizando entre familia se puede doctora, más se va recuperar, así conversando, juntando plata, quiero que me ayuden, qué cositas más que coma, o qué cositas de verduritas, frutitas, no sé todo”. Por esta razón, adquirió un recetario para variar las comidas aprendidas en la Sierra, el cual utilizó con frecuencia a partir del diagnóstico de anemia nutricional, en la actualidad lo utiliza ocasionalmente.

“tengo recetitas con eso nomás, he comprado el año pasado había venido así vendedores: pa cocinar, pa cocinar diciendo, con 10 soles he comprado (...) sí utilizo a veces, a veces también me olvido qué cosas entra y ahí agarro”.

Durante todo el proceso de recuperación de la anemia, la madre ha tenido el interés de aprender a preparar nuevas comidas, por ello buscó que tanto su vecina como su pareja le enseñaran otras recetas.

“Aprendí según lo que dice la señora que vive acá, me decía cómo vas a hacer, cómo vas a preparar. Poco a poco estoy aprendiendo (...) mi esposo

también más sabía, él me ha enseñado: así tienes que cocinar, estito... estito entra, estito y así, él sabe más o menos, pero me ha enseñado a cocinar”

También siguió recomendaciones brindadas por personal de salud, que fue reforzado por consejos de una tía y otras madres, empezando a elegir con más frecuencia el hígado y bazo.

“Porque me dijeron en el puesto de salud y también las señoras me aconsejaron, ahí recién he aprendido (...) tengo que hacer comprar nomás lo que dice ese papelito, recetas me dan en la posta, de eso nomás tengo que comprar (...) a mi tía también, ella vive por acá (...) también me ha dicho que coma pues su higadito, bazo más que nada me dijo...”

La madre manifiesta que durante las comidas, el padre le da indicaciones sobre qué y cómo darle los alimentos o preparaciones a su hija: “sírvelo! me dice que yo, ya sírvelo así me dice, que coma primero ella” y señala que él apoya hablando o jugando con su hija solo las veces que llega temprano del trabajo. La madre también halló una estrategia para buscar que su hija disfrute las comida y consuma una mayor cantidad, utilizando un balde como “mesita”.

“El también tiene que hacer comer, así jugando, así conversando (...) a veces apoya cuando viene más tempranito nomás”

“Ahora sola puede comer, siéntate acá y en su baldecito pongo su comida (muestra su balde), ahí se come, cualquier cosita”

DIFICULTADES PARA LAS ACCIONES Y DECISIONES

- ACTITUD

Las mayores dificultades son aquellas relacionadas a la actitud de ambos padres, la madre reconoce que es necesario tener paciencia, lo cual asegura, está buscando mejorar con su hija, sobretodo durante las comidas: “Tener más paciencia, más amabilidad”. También indicó que desea más apoyo de su pareja: “Que me apoye, que me apoye más”, sin embargo, esto no es manifestado para no preocuparlo, por el contrario, concluye que es ella quien debe cambiar esa forma de pensar. Refiere que sólo su mamá percibe su estado de ánimo pero no su pareja.

“Con mi esposo nomás conversamos así... él también tiene que hacer sus cosas.. de qué voy a preocupar, mi mamá nomás se preocupaba, me dice por qué estás así?... por qué estás triste?”.

“..yo misma tengo que cambiar, porque ellos no saben por qué estás triste... pero en una relación sí se puede”.

- LIMITADA EXPERIENCIA EN LA ALIMENTACIÓN

La madre conocía pocas preparaciones desde Huancavelica, resaltando una diferencia en los sabores de las comidas de Lima, por la inclusión de condimentos y otros productos que no utilizaba en la Sierra, afirma que consumía hígado de cordero sin saber de su relevancia por el contenido de hierro a pesar que en su Establecimiento de Salud ya le habían recomendado del hígado, ya que durante la gestación tuvo anemia, sin embargo, sólo se enfocó en el tratamiento con el sulfato ferroso.

“He comido hígado de cordero, de pollo yo todavía no sabía, porque me dijeron en la posta sobre el hígado de pollo, no comía, no sabía nada, en la Sierra no comía”.

“Desde que estoy embarazada, he tenido anemia, me han dado pastillitas, cuando estaba gestando tampoco, sólo pollo, recién estoy aprendiendo”.

Además de dicha limitación, la resistencia de la niña a las comidas es una experiencia que cree contribuyó a la anemia, por el rechazo a alimentos como el hígado.

“Porqué ella no quiere comer, nosotros normal hemos comido, su higadito, su carnecita, todo hemos comido, mi hijita nomás que no quería comer, por eso que tenía anemia, con teta nomás estaba”.

- EMOCIONES EN TORNO A LA ALIMENTACIÓN

Vivir esta experiencia ha generado preocupación en la mamá para mejorar sus decisiones y brindarle lo más adecuado a su hija, sobretodo, lograr que consuma las comidas, siente que de ella depende su recuperación de la anemia nutricional.

“Difícil, ¿cómo voy a estar? ¿cómo voy a atenderlo? total pensamientos”.

“Que alimenta bien, que coma, que aprenda a comer de todo, quiero que mejora su alimentación, más que nada su alimentación”.

Como en los casos anteriores, la madre menciona el cansancio que siente por las actividades que realiza y que se ve obligada a hacerlo porque forma parte de sus deberes: “¿qué voy hacer? (...) sí cansa también, pero tengo que hacer también”.

- OTROS FACTORES

En este caso se ha manifestado un acceso económico limitado, ya que los ingresos sólo alcanzan a cubrir las necesidades básicas, la madre señala que sólo con un trabajo no pueden ahorrar, limitando la compra de alimentos necesarios para mejorar la alimentación de su hija.

“Porque vinimos los dos, falta ya pe plata, falta algunas cositas... cuando tiene todo es fácil, cuando no tienes es difícil cocinar”.

“Si no trabajas no hay plata, quisiera que más coma, tengo que comprar todo lo que me dicen, mas que nada de su anemia”.

Queda claro que, por el trabajo, la pareja tiene poco tiempo para el acompañamiento en diferentes momentos, como la alimentación, esto es comprendido por la madre, quien se encarga de todas las actividades incluida la alimentación.

“No hay tiempo, trabaja de lunes a domingo, a veces nomás cuando días así día de la madre, así días nomás no trabaja, todos los días todo cocino, todo ya, servidito nomá ya”.

CASO 4

DESCRIPCIÓN

La familia es de Huarochirí, está integrada por cinco miembros (mamá, papá y tres hijos), quienes radican en Lima desde hace nueve años, los hijos mayores de quince y nueve años son de su primer compromiso, con su actual pareja tiene una niña de un año de edad y es quien tiene anemia. Ambos padres trabajan de manera independiente, el padre hace servicio de mototaxi y la madre se dedica a la venta de canchita, productos cosméticos y refrescos en diferentes horarios durante la semana.

La madre señala que durante su infancia, su mamá tuvo una actitud controladora, situación que comprende, porque se hizo responsable de la familia siendo madre soltera, esta experiencia la hizo más independiente: “yo siempre en la Sierra, me gustaba siempre a mí misma hacer mis cosas(...) yo sola, siempre, siempre era así”.

“...mi mamá era madre soltera también. Me sentía presionada, osea controlada, ¿por qué? porque mi hermana me controlaba, es que en la Sierra es así pues, más antes era así...”.

La alimentación del hogar se basa en las costumbres de la Sierra y sobre el cual resalta algunas diferencias con las comidas de Lima, indicando que las preparaciones de la sierra son más económicas, porque se consumen cereales y tubérculos que son producidos por ellos mismos, así como la leche obtenida a partir de la crianza de vacas.

“Es menos gasto también, por ejemplo yo cada vez trato de conseguir leche pura de vaca, allá sí él tomaba litro y medio diario, aparte de sus comidas

(...) en cambio allá (la Sierra), no pues, la vida también es, la economía se gasta menos, se gasta menos, ¿por qué? Porque allá también producen, hay producción, la chacra, puedes sembrar”.

PROCESO DECISIONAL PARA EL CAMBIO DE LA ALIMENTACIÓN

- CONOCIMIENTO Y COMUNICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ANEMIA NUTRICIONAL

La noticia del diagnóstico de anemia nutricional fue recibida con desconcierto por la madre durante el control de crecimiento y desarrollo en el Establecimiento de Salud, solicitando de inmediato información de los alimentos/ preparaciones que debe brindar a su hija: “yo me sentí preocupada, preocupación te juro que yo me desesperé tanto, que incluso yo le decía a la señorita ¿qué debe comer?”. La madre comunicó el diagnóstico a todos sus familiares, pero fue a su hija mayor a quien acudió primero, quien demostró preocupación: “...uy se ha preocupado, ¿qué se puede hacer? me dijo”, a diferencia de su pareja cuya reacción no la esperó, pues se quedó callado, increpándole la anemia de la niña ya que venía insistiendo a la madre que solo ofreciera papillas y preparaciones de consistencia aplastada, sin embargo, al recibir el resultado de la hemoglobina, le explicaron que su hija ya debía estar consumiendo comidas de la olla familiar, la madre indica que solo evitaba discusiones.

“De regreso, yo dije: mira lo que ha pasado, tal vez por evitar discusiones contigo por evitar esto, le enseñé a la bebé esto y ahora solamente quiere lo suave lo fácil y él se quedó callado, él siempre es así, si mismo tiene el error, simplemente se calla”.

- PERCEPCIÓN Y REFLEXIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN

Cuando el personal de salud indicó a la madre los detalles de la alimentación que debe tener su hija, reconoció que las comidas que preparaba no se ajustaba a esas indicaciones y decidió iniciar algunos cambios, estableciendo como compromiso mejorar la alimentación de la niña. Afirma que no incluía el hígado porque no era del agrado del resto de miembros del hogar: “No mucho, porque no lo comían mis hijos grandes, mi esposo no come”.

“Me dijeron que falta, que coma más que todo lo que contiene hierro, que le falta, bueno yo conscientemente, sabía yo que no consumía y yo me comprometí a darle”.

“...en esa parte quizás he cometido un error al no tratar de darle lo que es, osea por ejemplo hígado, de ella un poquito que demoró”.

Al reflexionar sobre sus prácticas de alimentación, la madre percibía que su niña estaba bien alimentada porque es “gordita”, por ello, no cuestionaba sus decisiones y hacía caso a las indicaciones de su pareja: “Pero como estaba gordita todo eso, tampoco no reclamaba nada”, mientras veía bien a su hija, la alimentación no revestía preocupación. En el caso de los alimentos cárnicos, la niña no puede ingerirlos, sin embargo, para la madre es suficiente que su niña consuma la “sustancia”, siendo desde su percepción una forma adecuada de alimentarse.

“Cuando vas algo te dicen, pero yo no le tomaba tanta importancia porque mis hijos estaban bien, entonces yo decía: estoy haciendo las cosas bien para que mis hijos no tengan anemia”.

“Pero ahora lo que trato de hacer es con carne, osea menos pollo, le pongo más carne, al menos la sustancia saldrá, porque al menos ella no lo mastica la carnecita, pero al menos la sustancia le doy”.

Otra posible explicación para la madre sobre la anemia, fue la continuación de la lactancia materna lo que la ha llevado a decidir terminar con esta práctica: “De repente es por lo que lacta”, y empezó a dar más valor a las fórmulas lácteas, considerándolas una alternativa para la recuperación de su hija, a pesar que en el Establecimiento de Salud señalaron dar prioridad a la alimentación.

“Cuando le pregunté si podía tomar una fórmula, me dijeron que no, más la alimentación, pero yo decía: algo más tengo que darle, entonces tuve que recorrer las farmacias a preguntar qué leche le puedo dar, le he dado como 3 o 4 fórmulas que contienen hierro, así diferentes, hasta incluso a la fuerza le he tratado de dar”.

Por otro lado, para la madre sus hijos mayores se alimentaron bien y nunca tuvieron anemia nutricional, porque crecieron en un ambiente que señala es diferente al de la ciudad.

“Ellos no pasaron ese tipo de... no llegaron a tener anemia, o problemas de la alimentación -¿Cuál fue la diferencia?- parece mentira, pero el ambiente mismo es, el ambiente, no sé qué será, porque ellos comían bien, me sentía más tranquila”.

- INICIO DE CAMBIOS EN LA ALIMENTACIÓN

Las preparaciones más consumidas en el hogar, antes del diagnóstico de anemia nutricional, eran las sopas y menestras, los guisos eran ocasionales; en cuanto a las carnes, el pollo era el preferido en la mesa familiar: “porque yo soy casi de comer

sopa, poco de comer guisos, por ejemplo estofado, será una vez a la quincena, más nosotros comemos lo que es menestra... yo más comía pollo, pollo y pollo”.

Posteriormente, la madre empezó a incluir alimentos ricos en hierro en sus preparaciones, para asegurar que su niña reciba la cantidad necesaria de alimento de origen animal: “tengo que darle más bazo, darle las cucharitas”. Para la elección de las comidas, la madre toma en cuenta el dinero, asegurando una porción adecuada para su niña y lo decide generalmente el mismo día, según lo que observa en el mercado y la opinión de su hija mayor.

“Mi trabajo es así rutinario, a la hora de irme al mercado ya digo: qué es lo que voy a cocinar?, o de repente ya a veces ya viendo en el mercado: qué es lo que cocino hoy?, bueno más lo consulto con mi hija yo le digo: qué tal algo nutritivo? algo con menestra, con su pescado, con ensalada”.

La madre toma en cuenta pocas veces las preferencias de su pareja, porque este ha dejado en sus manos, la elección de las comidas: “yo no sé, tú decide lo que vas a hacer”, además según la madre, cuando consulta a su pareja, él solo se basa en sus gustos personales.

“La verdad casi mucho no le pregunto (a su pareja), porque le pregunto, qué voy a cocinar hoy día? puré me dice, luego qué voy a cocinar hoy día?.. puré me dice, hay ya me tienes harta con tu puré”.

PARTICIPACIÓN

- ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDADES EN LA ALIMENTACIÓN DESDE LOS ROLES

La madre es la responsable de la alimentación e indica que sus dos hijos mayores permiten que su dedicación esté más dirigida a su niña: “Bueno como mi hijo ya está más grande, mi hija también, osea como que me dejaban trabajar un poco más”. Una de las razones que lleva a la madre a asumir este rol fue la experiencia que vivió cuando su hija menor estuvo hospitalizada y el padre se encargó de la alimentación, para ella, las preparaciones, no fueron adecuadas ni suficientes porque su hija se alimentaba a través de la leche materna; una situación que generó conflictos y reclamos a su pareja, llevándola a asumir esa responsabilidad por completo.

“Cuando fui al hospital, era un caos porque ese día tenía que llevar mi comida, qué cocinó ese día? desayuno, almuerzo y cena: arroz con leche, eso nomás comí.”

“Hasta un día le llegué a decir: ponte en mi lugar, que un día tu estés acá y tú me traigas esto, qué me dirías?, él me dijo, sí discúlpame, sí discúlpame, se me pasó la hora, que culpa del paradero, que no se qué”.

La madre se siente bien de llevar esa responsabilidad porque tiene el control de lo que cocina: “Bueno en sí yo me siento bien es bastante trabajoso pero me siento bien”, y manifiesta que cuando la pareja está más tiempo en casa, se generan situaciones que no permiten un manejo tranquilo de las actividades del hogar y termina ocasionando más trabajo para ella.

“Yo prefiero que no este él (su esposo) todo el día acá, porque igual todo lo hago yo, mas bien él cuando viene, como que.. por ejemplo, mi niña así como se pone... entonces a mí no me conviene, porque cuando él no está le

pongo orden (...) pero llega papá: papá esto!... papá lo otro, me complica más!”.

En cuanto al aspecto económico, ambos padres trabajan de forma independiente, esto les permite manejar su horario y así no se vea afectado el cuidado de sus hijos. Debido a la necesidad económica, la madre decidió trabajar y fue el padre quien impulsó la idea de vender cancha durante las noches mientras él se queda con los niños, de igual manera la madre sugirió a su pareja el trabajo como mototaxista, obteniendo ventaja para el traslado de los hijos al colegio y la compra de insumos para el trabajo de la madre.

“La plata a veces no alcanza, mi pregunta era: ¿qué hago ahora yo no?, porque yo vendía queso (...) un día me dice: ¿por qué no vendemos canchita? (...)¿cómo vendo?, no se utilizar, aprenderemos pues, haciendo quemar la cancha”.

Además de la disponibilidad de tiempo que tiene la madre para organizar sus actividades del hogar debido al negocio independiente, hay una satisfacción de tener sus propios ingresos y el manejo de estos para los gastos en la alimentación, pero sobretodo por el tiempo que comparte con sus hijos. Por otro lado, se suscitaron discusiones entre los padres a raíz de un manejo inadecuado del dinero por la pareja.

“Al principio sentí nervios, pero ya después cuando vi la producción, osea que sí me sale (...), yo me siento bien porque yo distribuyo mi tiempo...”.

“Hemos tenido unas pequeñas discusiones, osea hablo de irregularidades que existían, que la cual no me gustó ver, que no era consciente, él se escondía la plata, y eso no me gustaba”.

- PARTICIPACIÓN SEGÚN RESPONSABILIDADES ASUMIDAS

La madre buscó nuevas recetas a través de sugerencias de una vecina, cuya hija también tuvo anemia y las de un familiar que estudia medicina, estas recomendaciones son consideradas un apoyo importante. En tanto la abuela, cada vez que viaja a Lima, lleva carne de los animales que cría para su inclusión en las preparaciones.

“Tengo un sobrino que está estudiando medicina, me decía: la veo delgada, un poco pálida, qué está pasando?, qué le estás dando? debes darle pescado, jurel, bonito lo que tienen más contenido de hierro, la parte marroncita, y ella come muy poco!”.

Si bien su hija mayor estudia, es quien la apoya en varias actividades del hogar como las compras y la alimentación de su hermana menor. “Mi hija, de cuando ella está acá, me apoya, bueno de eso no me quejo”. La madre se encarga de brindar las comidas a su niña, incluso se asegura que sus hijos cenén para salir a trabajar durante la noche, mientras el padre se queda con ellos en algunas oportunidades, además, siempre ha buscado dedicarse a negocios propios que le permitan estar más tiempo con sus hijos.

“De ahí comencé con negocios propios, para tener más tiempo con mis hijos, después de ahí ya salí embarazada de mi bebé (...) y tuve más tiempo de estar con mi hija, siempre haciendo mis pequeños negocios”.

Durante las comidas, la dinámica es servir y brindar primero la preparación a la hija menor haciendo uso de estrategias como la elección de las preparaciones que más agradan a la niña y la inclusión de queso en ellas para lograr mayor aceptación, ya

que es su alimento favorito: “hígado solo no lo come, he visto que cuando le hago sopita ahí sí lo come, con fideos”. Otra estrategia es captar la atención de la niña a través de videos en su celular o mostrando imágenes de revistas que tiene la madre.

“Incluso a ella hasta cantándole (...) le hago ver videos, dibujos, como viendo productos de esika, le hago ver el catálogo, ahí están las chicas sonriendo, entonces le hago ver eso, y aprovecho en meterle 3 cucharas”.

El padre diariamente hace un alto a su trabajo para acudir a la hora del almuerzo a su casa y cuando termina de comer, le brinda algunas cucharadas de comida a su niña. Al respecto, la madre a notado mayor aceptación de su hija, sin embargo, esto se da ocasionalmente.

“El le trata de dar la comida, le trata, a él más le recibía, pero en pocas cantidades (...) y mi bebe parece mentira, le decía que sí (...) yo le decía, agarra otro cubierto y dele, aprovecha mientras la bebe quiere comer”.

DIFICULTADES PARA LAS ACCIONES Y DECISIONES

- ACTITUD AJENA AL PROBLEMA

Los padres han tenido discusiones sobre las actividades que cada uno realiza, la madre siente que su pareja no reconoce el esfuerzo que hace en casa además de sus negocios, a pesar que ella comprende el cansancio del padre producto de su trabajo y que lo lleva en ocasiones a llegar a casa a dormir, quedando la hija mayor al cuidado de sus hermanos menores.

“También te cansa la columna, a veces algunos días llega rendido, supongo a trabajado duro, y al toque está dormido ya, se queda seco.. bueno yo por esa parte sí entiendo pero a veces me da cólera cuando él no me entiende”.

La poca participación del padre en la alimentación, ha llevado a la madre a demandar más involucramiento en este proceso: “aquí tienes que apoyarme tú también”, “mi esposo él más prefiere su trabajo, a veces, hay días también que está de buenas (...) yo le dije la responsabilidad no es solamente mía”. Según la madre, el padre considera que alimentar es responsabilidad de la mamá, pero se queja de las comidas que esta elige preparar para sus hijos: “¿por qué le das tan duro? ¿por qué no le aplastas? ¿por qué no le tienes paciencia? (preguntaba su pareja) (...) es machismo, osea decir que solamente la mujer tiene que hacerlo y el hombre no, no es fácil”. Además compartió episodios de conflictos y discusiones con su pareja en relación al trabajo, reclamando un comportamiento más responsable.

“Ten en cuenta que yo trabajo el doble, más que tú, eso sí siempre piensa bien pues, así está funcionando la relación, cualquier cosa que no me gusta yo le digo... mientras no llegue a la violencia, claro quizás en algunos momentos quizo no? llegar pero, no se lo permití...”

La madre señala que a su pareja no le agradaba las nuevas preparaciones incorporadas desde el diagnóstico de anemia nutricional, sin embargo, esta continuó priorizando la alimentación adecuada para su niña por encima de las preferencias del padre, generándose diferencias entre ellos. La madre considera que ser mayor que el padre le permite expresar abiertamente lo que piensa.

“yo primero tengo que ver mis hijos antes que tú, si tú tienes hambre, es que ya también ya soy así, si tú dices que no quieres, lo siento! Pero yo sé que es nutritivo para mis hijos...uno hay que adecuarse a la alimentación de ellos”

“Yo soy mayor que él pues, entonces yo soy un poco más decidida, si tú quieres entrar a la línea lo haces... porque yo no te hago por ordenarte, o por querer ser feminista no!, sino porque las cosas deben ser así”.

A pesar que, al inicio de la convivencia, de acuerdo a lo relatado por la madre, su pareja no se preocupaba de sus responsabilidades y tenía un comportamiento que no le gustaba, su actitud ha ido mejorando, sin embargo, en la actualidad aún hay una comunicación limitada que en opinión de la madre es relevante en la familia: “Bueno ahora último como que no conversamos mucho”.

“Un poco está atendiendo a lo que era más antes, osea él se molestaba.. decía: que por qué no haces, que por qué no esto.. que qué estás haciendo, reclamón!, osea como todo varón, piensan que la casa es fácil”.

“Ya tengo 40 años, entonces así pensé, todo influye en la parte de la comunicación, el de la convivencia, si la convivencia fuera diferente, sí se hace”.

- LIMITADA EXPERIENCIA EN LA ALIMENTACIÓN

La madre continuó patrones alimentarios de la Sierra, por ello, aceptó las indicaciones del padre, de darle a su niña aguas y sopitas: “Ella me lo comía eso, y eso trataba yo de darle más”, además no le brindaba ciertos alimentos por dificultades en la preparación, como el hígado, cuyo sabor “amargo” no era de su agrado y por esa razón, no le ofrecía a su niña.

“El motivo en el que yo terminé haciéndole caso a mi esposo porque ella comía eso, miraba el que más consumía eso, porque como me recibía por ejemplo el juguito de granadilla, ese era su vicio de ella y eso nomás, más las sopitas”.

La madre no tuvo problemas con la alimentación de los hijos mayores, la cual empezó antes de los 6 meses con leche de vaca y papillas, en cambio, con su última hija, la consistencia de las comidas no progresó y se acostumbró a alimentos aplastados, por ello cuando empezó a darle preparaciones de la olla familiar que le recomendaron en el Establecimiento de Salud, su hija no las aceptó.

“Pero ella (hija menor)... fue diferente, porque yo trataba de darle, todo lo veía vomitar, desde el principio (...) se acostumbró a lo suave, todo lo que es chancado, cuando ya llegó a los 8 meses traté de darle un poco más durito, osea menos aplastado, pero no lo hice bien, y hasta ahora casi es así”.

- EMOCIONES EN TORNO A LA ALIMENTACIÓN

La madre sintió preocupación al enterarse de la anemia nutricional, la cual persiste porque no observa una mejora en el consumo de su hija. A esto se suma la necesidad de recibir apoyo a través de la motivación para continuar con sus decisiones sobre la alimentación, ya que se desespera con facilidad ante situaciones difíciles. En este proceso, el sobrino fue una figura relevante para que la madre no desista ya que, para ella, el aspecto emocional puede ser adverso si no tiene el soporte necesario, algo que espera de su pareja.

“Yo me sentí preocupada, te juro que yo me desesperé tanto (...) si yo le viera comiendo a ver huevo sancochado, ya pues, un alivio para mí, me sentiría más, uy! ya voy a salir de este problema!, pero nada... nada”.

“Cuando ella estuvo internada, ya esperaba eso, o bien caía con diarrea, o bien con anemia, bueno yo siempre me desespero, cálmate! (dijo su

sobrino), tu no dejes de alimentarte, por estresarte no vas a comer, osea qué te digo, me anima pues (...) yo puse todo de mi parte (...) porque en esa parte emocional yo soy un poquito débil, un poquito sensible”.

Además, la madre manifiesta que la anemia de su niña la mantiene en una “obligación” permanente de cuidar su alimentación y lograr su recuperación, esto, sumado a sus otras responsabilidades la han llevado al estrés y al deseo de vivir una alimentación sin problemas, incluso, la madre expresa el cansancio y tiempo que le demanda todas sus actividades.

“Yo soy la que estoy estresada, ya quisiera salir de eso, cuánto quisiera que mi hija ya comiera un montón, que comiera calladita no?”.

- OTROS FACTORES

Los problemas económicos fueron superados cuando ambos padres empezaron a proveer de dinero al hogar a pesar que en su momento fue esquivo a la familia y no cubría necesidades básicas como la alimentación, sin embargo, la madre manifiesta que su pareja dedica más tiempo al trabajo, a diferencia de ella, que decidió cambiar el tipo de negocio, así como el horario para no afectar la alimentación de sus hijos.

“El siempre, su trabajo, su trabajo, su moto, y se va y se va, él dice para generar dinero, sino cómo vamos a pagar el cuarto”.

CASO 5

DESCRIPCIÓN

El hogar está formado por cuatro integrantes (madre, padre y dos hijos), quienes provienen de Lima y están conviviendo desde hace siete años, el padre es el proveedor económico y la madre la responsable de la alimentación. Si bien los padres de la mamá viven en otro piso, apoyan en el cuidado del niño cada vez que la madre tiene que salir; en cuanto a la familia de su pareja, relató una experiencia de vida difícil que compartió con ella, cuyo crecimiento estuvo acompañado de poca atención y afecto de los padres, y en su opinión ese patrón lo está repitiendo con sus hijos.

“Sé que también a veces sus padres no le han dedicado todo el tiempo”.

PROCESO DECISIONAL PARA EL CAMBIO DE LA ALIMENTACIÓN

- CONOCIMIENTO Y COMUNICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ANEMIA NUTRICIONAL

Durante el control de Crecimiento y Desarrollo en el Establecimiento de Salud, la madre recibió el diagnóstico de su hijo con sorpresa y a la vez preocupación, porque conocía alguna de las consecuencias de la anemia nutricional en la vida de un niño pero no tenía certeza de las causas, por ello, quiso conocer qué acciones tenía que tomar para la recuperación de su niño.

“Cuando me dijo me sorprendí, me dije ¿qué voy hacer? “no sé yo tampoco, me extraña que esté con anemia le digo”

“Tuve preocupación, no me imaginé, preocupación, yo no pensé, no no me imaginé”

Según lo relata la madre, la reacción del padre fue diferente, pues le atribuyó no haberse alimentado bien, siendo esta una posible razón de la anemia nutricional, a su vez, manifiesta que la preocupación de su pareja fue momentánea: “Solamente un rato se preocupó”, la madre lo atribuye al interés y atención del padre a su trabajo, quien además dejó en manos de la madre la recuperación de su hijo a través de las indicaciones brindadas en el Establecimiento de Salud: “es más, a mí que me da esa responsabilidad de yo preocuparme”, quien de inmediato asumió tal responsabilidad: “Voy a averiguarme para poderle dar porque tengo que tratar de que suba”.

“Él también me dijo ¿pero cómo? yo no me estaré alimentando me dijo, seguramente le digo ... (...) ya! hazle tal como te han dicho vas ir tal día, ¿cuándo vas a ir a nutrición?, al día siguiente voy a ir, entonces ya! trata de hacer como te dicen, implementa más cosas, lo que te dicen pues”.

- PERCEPCIÓN Y REFLEXIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN

Cuando la madre recibió información sobre la anemia nutricional y la forma correcta de alimentar a su hijo, empezó a evaluar la alimentación que estuvo brindando, la cual consideraba adecuada porque ella y los familiares observaban a su niño gordito y por eso, el asombro de todos por el diagnóstico de anemia nutricional, sin embargo, ahora conoce que estar gordito no refleja salud en un niño.

“Pero yo me imaginé, como lo veo gordito, dije: no creo que tenga anemia, está comiendo, digo: qué raro (...) me dijeron ¿Qué? ¡No puede ser! ¿está con anemia?... sí! si está gordo! (...) ..y como dicen que ahora los gorditos son los que más parecen que tienen anemia, ya a partir de eso tenía que dar

más cosas nutritivas (...) ya no estar dándole en otras cosas que a veces yo fallaba pues”.

La madre reconoce que no incluía la sangrecita en la alimentación del hogar porque no era de su agrado y asumía que serían rechazada: “¡la sangrecita no me gustaba!”. Asimismo, la madre afirma que no le dio la importancia debida a la poca cantidad de comida consumida por su hijo, considerándola suficiente porque continuaba brindándole leche materna.

“Como todavía está tomando pecho, no era tanta la presión, ah ya bueno tomó 2 cucharas ya estará bien le digo, más rato le voy a dar, que coma poco a poco en varias horas, ya normal le dije, no tomé tanta importancia”.

También pensó que su alimentación durante la gestación y la lactancia materna en los seis primeros meses no fue adecuada, porque su niño se alimentaba únicamente de leche materna y para ella, la salud de su niño dependía de lo que consumía.

“Tal vez yo habré tenido anemia, cuando he salido embarazada, no me acuerdo, tal vez habré tenido anemia y no me he alimentado, porque supuestamente, si él está tomando leche materna, debería estar, con mi pecho la sustancia bien alimentado”.

Fue a partir del diagnóstico de anemia nutricional que empezó a preocuparse más en la cantidad y el tipo de preparaciones ofrecidas al niño, informándose mas sobre lo que debe consumir.

“Por la anemia me había preocupado un poco más, antes no lo tomaba tanta importancia y lo dejaba pasar ...estoy cometiendo el error de no hacerlo bien o no me estoy informando (...) me informo más de qué cosas

sí le puedo dar, de qué cosas a veces estoy errando en dar menos o en dar más”.

- INICIO DE CAMBIOS EN LA ALIMENTACIÓN

La madre cambió el esquema de alimentación y lo adecuó a las recomendaciones del personal de salud, por ello, empezó a variar las preparaciones y ofrecer nuevamente una comida en la tarde a su niño.

“Estoy haciendo otras cosas de las que no hacía, yo le doy de nuevo otra comida, lo mismo que le he dado en la tarde así es como debe comer 2 veces al día”.

Para la madre fue importante que la implementación de nuevas preparaciones sea para toda la familia, asegurando la cantidad de comida que corresponde a su hijo: “si veo que mi pequeñín está con anemia (...) entonces digo, por qué no preocuparme solamente en él, si no hacerle pa todos también”. Estas decisiones partieron de ella, encontrando motivación en aprender más sobre los alimentos y comidas que ayuden a incrementar su hemoglobina.

“Yo sola me he animado (risas), yo sola me puse la iniciativa de hacer cosas, yo me dije: tengo que averiguar, tengo que investigar, voy a buscar más cosas que puedo hacer, qué darle, qué no darle”.

La elección de las comidas está a cargo de la madre, quien empezó a incluir sangrecita y preparar con más frecuencia el hígado para toda la familia. Para la compra de alimentos, decide la preparación y se adapta según lo que encuentre disponible en el mercado, tomando en cuenta su capacidad económica, “Yo misma decido, no consulto... ya estoy cambiando, ahora sí les doy”. La madre resalta el precio económico del hígado, del cual solo requiere una pequeña porción para su

hijo, por ello, no afecta en sus gastos: “Hay cosas que son baratas, el hígado y para él son cantidades pequeñas, no me ha afectado tampoco la economía”.

“El hígado yo hacía 2 veces por semana, ahora hago de lo que antes no hacía quinua, ahora estoy haciendo, estoy implementando más cosas de los que a los 6 meses no lo hacía, también sangrecita, no lo hacía”.

Además, la madre decidió dedicarse más a la alimentación de su hijo, buscando formas de lograr un mayor consumo de las comidas, además reconoce que se requiere de bastante atención, por esta razón, decidió postergar la idea de trabajar y continuar priorizando la alimentación, siendo una posible opción un negocio para que esta permanezca cerca a sus hijos.

“Hasta que ya vea que ya está pudiendo agarrar solo, ver, todavía como tengo que darle, no porque, ya me pasó que me lo ha roto el plato, la comida salta para todos lados y ya! peor! dije no, luego más lo que tengo que limpiar, tengo más trabajo”.

PARTICIPACIÓN

- ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDADES EN LA ALIMENTACIÓN DESDE LOS ROLES

Este rol es asumido por la madre, quien a su vez, no desea dejar esta responsabilidad a su pareja u otro familiar. La razón no está ligada a su condición de madre, sino al convencimiento que nadie lo hará como ella: “Tal vez no es que sea el hecho de la mamá, pero siento que yo lo puedo hacer mejor que ellos, se que él también lo puede dar la comida, pero tal vez no lo va dar como yo quiera o a mi modo”, lo anterior se refuerza con la poca paciencia que ha observado en la pareja y el abuelo durante las comidas.

“!No lo dejo! No lo he intentado, sé que haría un desastre, no lo va hacer como yo creo y lo he pensado y cuántas veces quisiera hacerlo y digo no, difícil ah, o tal vez me sorprenda, pero nooo, yo lo pienso negativo, no lo va hacer”.

La madre señala que su pareja le dejó la responsabilidad de la alimentación del niño: “él me deja ya que haga todo yo y ya, sí confía, sabe que voy a subirle”. Agrega que dejar la responsabilidad a su pareja, implicaría enseñarle cómo es la alimentación del menor, es decir, las preparaciones, consistencia, horarios, entre otros, sin embargo, da por hecho que el padre no lo hará bien: “claro hay padres que sí pero lamentablemente mi pareja no es así pues, hasta que mi hijo pueda comer solo”. Se evidencia en la madre desconfianza para dejar que otra persona se encargue de la alimentación, porque se alejará del estándar que maneja.

“mmm no no lo va a hacer como yo deseo (...) porque ya lo conozco, y no va hacer lo que yo... le daría mazamorra, le daría cosas que no debe dar, le daría galletas, otro tipo de fruta no sé”.

- PARTICIPACIÓN SEGÚN RESPONSABILIDADES ASUMIDAS

Al empezar a tomar acciones para la recuperación de la anemia nutricional, la madre buscó nuevas recetas, especialmente las que incluían sangrecita, quedando sorprendida consigo misma por lo que estaba aprendiendo. La participación más activa fue el uso del internet para buscar información sobre alimentación en niños, encontrando alimentos y preparaciones que no le había brindado a su hijo, por ello, empezó a buscar más novedades y el uso se volvió más frecuente, accediendo a este, ante cualquier duda sobre la alimentación: “Tuve que averiguarme también qué frutas le ayudaban al estreñimiento”.

“También averigüé recetas con sangrecita, y ahí te dicen supuestamente cuánto de hierro tiene cada producto, este.. me había sido bueno. Nunca me imaginé hacer eso, nunca lo pensé, averiguarme otras cosas”.

“Me entré a internet, investigué, este dije ¿qué puedo hacer? las primeras comidas de los 7 meses (...) dije mejor voy a investigar en mí...”

Si bien es cierto, el internet se convirtió en una fuente de primera consulta sobre temas de alimentación, lo que encontraba no necesariamente era información correcta sobre anemia nutricional: “De la anemia me averigüé la quinua, la espinaca, el bazo, pescado si no era alérgico como me habían dicho”, sin embargo, fue relevante para la variación de comidas.

“Por eso me he informado, de los 6 meses no le daba espinaca, no le daba quinua, entré más a internet a ver si podía hacer otras cosas con quinua...”

Otra forma de obtener información fue a través de vendedoras de alimentos cárnicos en el mercado, quienes recomendaron el bazo y la caballa, convirtiéndose también en fuentes de consulta de confianza.

“Ya tengo confianza con las vecinas del mercado (...) entonces dele también bazo me dice, al día siguiente también me dijeron: puedes hacerle chupe de pescadito para él poquito hazle! Con caballita, que tiene bastante la parte negrita”.

En cuanto a la rutina durante las comidas, desde el inicio de la alimentación complementaria al hijo menor se le sirve primero, de lo contrario, su hijo no le dejaría hacer otras actividades. Sin embargo, esto ha venido cambiando porque la madre vió por conveniente que el tiempo de comida sea compartido en familia, a partir de una experiencia donde todos almorzaron en un restaurante, observando

que su niño consumía más cantidad de lo usual, con más independencia y menos resistencia, esto significó una vivencia positiva.

“Y una vez que ya le estoy dando todo, me puedo echar un rato a descansar, una vez que cumpla con su horario de almuerzo ya me descanso, ya está alimentado, yo soy la última en almorzar, doy almuerzo a todos, una vez que termino con él, recién puedo almorzar tranquilamente...”

“Y sí vi diferencia (al comer en familia), sentí que no era tanta la que tenía que llamarle: ven, come! No hice nada de lo que hice antes...”

Para la madre, fue una experiencia nueva que su hijo haya vivido un tiempo de alimentación diferente, al estar rodeado de toda la familia y resaltó el contacto visual, es decir, que el niño observe a otras personas hacer lo mismo. Aun así, la madre acepta que es necesario continuar con más estrategias para lograr mayor aceptación de las comidas.

“Como ve que yo no como, siento que a veces quiere comer en familia (...) entonces fuimos a comer a la calle y veo que también quiere comer, veo que come todo y le digo a mi pareja: mira! Ves! (...) ahí comes tú, ahí come él, entonces te ve! Porque ve que todo el mundo está comiendo, creeeeo yo, no sé, una cosa nueva que ha experimentado”

“Creo que a veces tengo que estar ahí entreteniéndolo, conversando, haciéndole malabares para que coma”

El canto también es una estrategia utilizada por la madre y su hijo mayor al darle de comer al niño. Aunque para la madre el consumo del menor ha mejorado, califica como un “sufrimiento” llevar a cabo diferentes acciones para lograr que su hijo

termine las comidas: “tengo que estar sufriendo”. La expectativa es que lo haga en el menor tiempo y sin necesidad de usar alguna estrategia.

“Mi hijo también le canta pe, y él está hablando, cantando y mi hijo está comiendo (...) muecas, cantarle, ponerle algún dibujito, a él le gusta lo que es la gallina pintadita, tengo que ponerle su video... pero a veces pongo el video se queda mirando y no come, entonces tengo que verle, a veces le canto y ahí estoy”.

Si bien es cierto, la participación de la pareja es poco usual, la madre intenta enseñarle cómo brindar las comidas, mostrándole cómo ella lo hace: “espérate ven acá, entonces él (su pareja) ve cómo le hago comer, cantando, así, me dice: contigo sí come! Conmigo no!, tienes que entretenerle”. Para la madre, su pareja piensa que su niño ya debe comer todo y prefiere cocinar que darle de comer: “en cambio él no, el piensa que como un niño grande, le haces comer y ya come y no!”, “...tienes que hacerle comer, entonces yo cocino y tú hazle comer (dice su pareja) entonces rotamos!...”.

“le enseñó cómo debe darle, conversando! Cantando! Hablándole!, no le vas a dar así nomás por darle! Tienes que hablar, está rico? Así! Hay qué lindo cómo come mi bebe! Si no, no va comer, cuando está haciéndole comer me dice: ah! No quiere comer conmigo”.

Después de la madre, el abuelo tiene una mayor participación y se involucra en la alimentación cuando no puede encargarse la mamá e incluso cuando su hijo se encuentra enfermo: “cuando se enferma también mi bebe sí siempre están, somos bien unidos”.

“Mi papá a veces cuando voy al mercado, a veces me ayuda él, voy a comprar tal cosa, a veces pa la comida”.

DIFICULTADES PARA LAS ACCIONES Y DECISIONES

- ACTITUD

Además del apoyo recibido por el abuelo, otra figura importante para la madre fue su concuñada, quien alentó a continuar y mejorar la alimentación de su niño. Lo mismo espera de su pareja, así como un mayor acercamiento a la alimentación del niño, sin embargo, la reacción reacia del padre quien antepone el trabajo al resto de actividades ha generado que deje de intentar que se involucre más, dando por hecho que no lo hará y no podrá cambiar esa actitud.

“Mi concuñada, ella tiene una niña de año, con ella tenía más confianza (...) cuando le dije: oye mi hijo tiene anemia, dijo: seguro por lo mismo que como se ha enfermado se ha bajado de peso, no te preocupes me dice, poco a poco lo vas hacer subir”.

“Por ratos que me molesto, digo: deberías participar (...) él me dice: pero hay tengo yo tantas cosas en mi cabeza de mi trabajo y yo voy a estar pensando en eso...”.

En varias ocasiones la madre observó en su pareja poca paciencia, al rendirse rápido mientras ofrece las comidas a su niño, además, los temas de conversación sobre la alimentación del niño son muy limitados y no permiten profundizar más, por ello, no intenta compartir más sobre la alimentación, como las comidas implementadas, ella refiere: “no me pregunta”.

“... Hay no quiere comer me dice, hazle comer tú, yo ya termino de cocinar y yo lo hago comer, a veces se cansa, se rinde a la primera (...) tienes que hacerle comer le digo, pero no quiere comer pues! Ya! Bueno! Deme el plato le digo (...) veces llega a las 7, lo encuentra dormido y a veces ya! Conversamos, me pregunta: el bebe qué tal se ha portado? Sí, se ha portado bien, ¿ha comido? Sí ha comido y ahí nomás, no ahondamos en qué le has dado ¿cuántas veces? Solo pregunta si ha almorzado, si ha cenado y nada más”.

La entrevistada tampoco ha compartido sobre la anemia y su importancia, esto lo atribuye al poco interés que ha percibido del padre, dando por hecho que no va interiorizar la información; para ella, su pareja escucha pero no actúa y solo espera que él tome la iniciativa en conocer más de la alimentación de su hijo: “no me va prestar atención, ya lo conozco cómo es”. La madre está enfatizando en la participación de la pareja en actividades recreativas y las muestras de afecto que considera es limitado: “Ahora yo le presiono, sal a jugar le digo, no es solamente estar todo el día bacán, un rato con el bebe estás ahí, pero también tienes que darle tiempo darle amor”.

“me puede escuchar, pero no me va decir: hacemos esto, no va meterse (...) no me va tomar en cuenta, por eso ese oídos sordos no me va hacer caso (...) me va escuchar un rato pero no lo va retener”.

La desconfianza que siente la madre en dejar que otros se encarguen de la alimentación de su hijo, la ha llevado a pensar en dejarlo al cuidado de un familiar solo en momentos fuera de la alimentación: “lo podría dejar pues en horarios donde no tenga que alimentarse, ahí lo puedo dejar”. Para la madre, su familia debe

ganarse esa confianza: “es que tampoco no demuestran pues ellos para poder confiar y tampoco no nace”.

“Yo lo veo que dos cucharitas le da y no lo va presionar, lo va dejar hasta que yo llegue ¿por qué no ha terminado? No quizo va decir (...) va hacer 2 o 3 y ya se cansó”.

- LIMITADA EXPERIENCIA EN LA ALIMENTACIÓN

La madre relata que las experiencias de alimentación de ambos hijos fueron diferentes, sobretodo la diferencia de años entre ellos que considera fue un nuevo empezar: “De nuevo a veces es este, como ya después de 6 años tengo mi bebé, de nuevo comenzar”, calificándola de “pesado”. Admite que antes había menos información sobre la anemia nutricional, así como menos tiempo dedicado a su hijo mayor para cuidar la alimentación debido a su trabajo. La madre reconoce que los pocos alcances que tenía sobre la alimentación, le fue esquivo para iniciar con dicha experiencia.

“Ahora que está con anemia tengo que implementar otras cosas como bazo, hígado o pescadito, y mi hijo no era tanto eso no (...) yo no le hacía eso con mi hijo mayor”.

“Hay cosas que no le daba al mayor, hay más información de la que antes había (...) y además en ese tiempo yo también trabajaba y no era tanto el apego que tenía que estaba pendiente de él (el mayor)...”.

Otra experiencia difícil fue la ausencia de su pareja durante mucho tiempo, quien por motivos de trabajo viajó cuando el hijo mayor cumplió cinco meses de edad, por ello, la madre espera compartir más momentos, sobretodo de la alimentación.

“Se fue de viaje no estuvo con nosotros (pareja), recién hace dos años ha venido, se va cuando mi bebe tiene 5 meses, y de ahí llega cuando mi hijo tiene 2 años, no ha compartido mucho esa etapa, por eso yo le digo tiene que compartir más”.

- EMOCIONES EN TORNO A LA ALIMENTACIÓN

Después de conocer el diagnóstico de su hijo, la madre sintió preocupación, a diferencia de su pareja, que para ella no ha estado pendiente de la alimentación del niño y en ocasiones expresa su malestar al observar poca participación del padre, quedando con toda la responsabilidad, generándose discusiones constantes.

“Tenme paciencia, ya voy a cambiar, hay pero estoy cansado (dice el esposo), yo sé que estás cansado, a veces pele... no peleo pero hablamos, yo también estoy cansada le digo”.

“Agotada, pero tengo que continuar pe, si no estoy yo ¿quién lo hace?, ¿a quién decirle que lo haga? (...) entonces ya tenía de donde sea sacar fuerzas y seguir, por ratos quiero tirar la toalla pero ¿qué voy hacer?”.

En medio de todas las dificultades, la madre empezó a sentir alivio al observar que su niño está consumiendo más cantidad de comida, en contraste con la gran presión que ha significado la alimentación desde que conoció el diagnóstico de anemia nutricional: “Porque yo vi, y me gustó eso, por yo no estar sufriendo, come!!!”.

“Cuando comemos en la calle, le estuve dando poquito a poquito y sí comía ah! veía que no era tanta la presión de ash estar acá entretenida, jugando, ver, conversando, cantando”.

- **OTROS FACTORES**

El trabajo del padre se desarrolla durante todo el día, generándose pocos espacios para compartir con sus hijos, siendo el limitado tiempo un factor esquivo a la alimentación, un hecho que la madre comprende.

“Es que él tampoco no tiene todo el tiempo para dedicarse, le comprendo que a veces no tiene todo el día para estar y tiene tantas cosas en el trabajo, que a veces me angustia en que estar presionando otra cosa más”.

CASO 6

DESCRIPCIÓN

La familia está integrada por cuatro miembros (papá, mamá y dos hijos), la hija mayor es una adolescente cuyo papá fue la primera pareja de la madre, con quien mantiene contacto, el niño menor tiene dos años y tiene anemia. El padre trabaja de forma independiente como albañil, por su parte, la madre es responsable del hogar y recientemente inició un trabajo de venta de jugo de naranja en el negocio de gimnasio que tiene su hermana. La madre hace hincapié en la diferencia de la crianza que recibió de sus padres, con la experiencia que está viviendo con sus hijos, a quienes le dedica más tiempo; en cuanto a la pareja, ella refiere que no recibió cariño de sus padres, encontrando en esta situación, la explicación al comportamiento que tiene, de demostrar poco afecto a su hijo.

“Ahora creo hay más atención no?, mis papás me dejaban, por trabajo me dejaban, pero ahora es más, creo que ahora es más, hay más tiempo para cuidar a tus hijos”.

“Desde chiquito a crecido solo que su mamá lo dejaba a un lado”.

PROCESO DECISIONAL PARA EL CAMBIO DE LA ALIMENTACIÓN

- CONOCIMIENTO Y COMUNICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ANEMIA NUTRICIONAL

Durante la atención médica, la madre recibió la noticia de anemia con sorpresa y a la vez lamento, pero teniendo claro los cambios que iniciaría tanto en la alimentación como el uso de suplemento de hierro para enfrentar este problema. Asimismo, le comunicó a su pareja el diagnóstico, sintiendo temor de la reacción

de este al considerar como suya la responsabilidad de lo que sucediera con su hijo: “Con miedo no?, porque en sí es mi responsabilidad es él”, sin embargo, al igual que ella, sintió preocupación, decidiendo poner más atención a la alimentación del niño: ”Hay que ponerle más atención al bebe”.

“Bueno, me sentí mal pues no? porque si es por falta de hierro, ahora exigirle que coma más, o que tome sus vitaminas que me han dado”.

“Osea como que nos preocupamos más, le empezamos a comprar más frutas, todo lo que es su leche todo”.

En este proceso, la madre ha sido renuente de involucrar a otros familiares, por ello, durante mucho tiempo solo la pareja estuvo enterada de la anemia. Su suegra y el resto de la familia del padre se enteraron del diagnóstico meses después, cuando el personal de salud la visitó como seguimiento al tratamiento de anemia nutricional del niño. A su hija mayor le compartió la noticia el mismo día de la entrevista: “No ha habido mucho tiempo para explicarle de eso”.

“Cuando tenía 6 meses, 7 meses... fue la primera vez que me dijeron que tenía anemia, estaba chiquitito. No le dije nada, ahí nomás quedó y ya está”.

- PERCEPCIÓN Y REFLEXIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN

Al conocer el diagnóstico de su hijo, la madre empezó a buscar posibles causas de este problema, siendo una de estas, la inadecuada alimentación, ya que, al inicio de esta etapa, su tiempo y atención estuvo más dirigida a sus negocios, sin embargo, no tiene del todo claro qué significa la anemia nutricional: “La anemia es algo que

cuando no te alimentas bien, te falta vitaminas (...) la verdad no entendía por qué sí se alimentaba bien...”. Por ello, pensaba que estaba alimentando correctamente a su hijo, sin considerar las recomendaciones realizadas por el personal de salud.

“No le estaba alimentando correctamente, estuve trabajando, y puede ser por eso, pero no sé”.

“No tomarle tanta importancia, yo creo a más a dedicarme a otras cosas que a mi hijo, por ejemplo el trabajo, o al negocio que tengo, puede ser que más me dedico a eso que a mi hijo”.

Anteriormente la madre daba prioridad a las preferencias de la hija mayor y la pareja, evitando así, algunos alimentos fuentes de hierro que no eran de su agrado y fue a partir del diagnóstico que empezó a incorporarlos.

“El hígado no le gusta a mi esposo, no le gusta a mi hija, sólo como yo, y a veces come él y así cocinaba poco”.

La madre, también asoció el diagnóstico de su hijo con la anemia nutricional durante su gestación, sin embargo, esta experiencia no implicó que se tomaran acciones para prevenir este problema en el menor, pese a haber recibido recomendaciones en su momento, alega que era muy joven y no daba mayor importancia a su alimentación en el embarazo.

“Yo creo que él (señala a su hijo) está así porque yo eh... cuando estaba embarazada he estado con anemia, yo creo que es por eso ...me decían que me faltaba hemoglobina, estaba bajo, estaba muy bajo”.

- ¿Fue relevante su edad? - *“yo no le tomaba, como... no le tomaba importancia de la anemia, ni sabía creo... la experiencia fue muy mal pues no?, muy mal”.*

En lo manifestado por la madre, una posible explicación para el padre es que la madre no está brindando las preparaciones adecuadas al niño, como las menestras o la percepción de que durante la salida de los dientes hay una disminución en el consumo, debido a la incomodidad y fastidio generado durante esta etapa.

“El sabe, bueno él sabe no?, justo que me explicó también de... quizás por qué está con anemia quizás, porque no está comiendo esto... cocina más, osea más seguido haz menestra, y me empezó a explicar”.

“Sí está comiendo, aaantes no. Cuando sale su dientecitos dicen que no comen a veces, cuando pica”.

- INICIO DE CAMBIOS EN LA ALIMENTACIÓN

La responsable de la alimentación empezó a variar las comidas cotidianas, incorporando alimentos fuentes de hierro de origen animal y vegetal sugeridos durante la atención en el Establecimiento de Salud como menestras y pescado. Además, incrementó la frecuencia de consumo de alimentos como el hígado, que fue acompañado por un cambio en el modo de ofrecer las comidas. También intentó incorporar el sulfato ferroso, como parte del tratamiento, pero no fue aceptado por su hijo, por ello, a dejado de ofrecerle y sólo intenta ocasionalmente. Lo mismo ocurre con el bazo y la sangrecita lo cuales no han sido considerados en la alimentación hasta el momento.

“Cambié la alimentación, empecé a comer verduras, como dicen, verduras, menestras, pescados (...) casi siempre hemos comido hígado, pero he cambiado en la manera no?, en las menestras ahora más, más seguido hago las menestras, este... el hígado esas cosas, de esa parte”.

“Y las vitaminas que me han recetado, el sulfato eso, no lo quiere... lo recibe 2 veces, 3 veces, ya no quiere o a veces le doy pero lo vomita”.

“Pescado... este... menestras, verduras, este... hígado... no le estaba dando como me dijo el bazo, la sangre... eso no le doy hasta ahora porque no quiere comer”.

La madre empezó a demostrar más interés en la alimentación de su hijo y afecto: “Haber antes yo, osea no le tomaba mucha importancia a mi hijo, pero ahora estoy con él ahí más pegada... osea cariñosa con él”. Inicialmente, la madre optó por elaborar su propio esquema de comidas para su hijo, pero dejó de hacerlo porque no se acostumbró a ese tipo de planificación indicada en el Establecimiento de Salud y actualmente elige las comidas un día antes, considerando cuáles podría aceptar su hijo.

“Preparar una este.. una ¿cómo te digo? como una receta para prepararlo, el desayuno, el almuerzo, la cena, hice un esquema”.

“Para darle de comer, pienso qué le voy a cocinar mañana, qué voy a cocinar y así a veces quiero comer algo no? pero digo no, mi hijo no va comer eso”.

Otro cambio relevante fue la decisión que tomó la madre junto con su pareja, de dejar su trabajo para acompañar a su hijo en esta etapa, después de observarlo con menos peso, generándose así, mayor preocupación por su alimentación y salud.

“...le veo más flaquito, y descuidadito peor y me dio pena, hablé con mi pareja que no, más me voy a dedicar al bebe”.

PARTICIPACIÓN

- ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDADES EN LA ALIMENTACIÓN DESDE LOS ROLES

La madre es la encargada de la alimentación, y considera una responsabilidad suya por el tiempo que está en casa, lo que permite una mayor dedicación al niño: “porque yo la que paro con él todo el día”. En este caso, el padre está ausente la mayor parte del tiempo debido a su trabajo y la madre no considera la posibilidad de intercambiar responsabilidades con él, dando por hecho que pondrá en primer lugar el trabajo: “El hecho que no tenga tiempo, si le digo me diría: que no, que estoy trabajando que no puedo, el que llegue cansado y me diga no puedo, hazlo tú, así”. Otra razón importante se debe a su condición de mamá, ser la única que podría dedicarse al niño con la paciencia y cuidado que merece.

“Porque yo soy la mamá... es que no es como si fueras su mamá pues, él no va tener paciencia, cuidarlo... todo eso”.

La madre relata una experiencia en la que tuvo que confiar a su pareja el cuidado y la alimentación de su hijo mientras se ausentaba algunas horas, sin embargo, el padre terminó encargándole a su mamá dichas actividades. Esta situación fue suficiente para quedar convencida de continuar asumiendo el control de la alimentación y en desconfiar de su pareja, asegurando que no se hará responsable de cuidar adecuadamente a su hijo, por esta razón, la madre evita estar ausente en el hogar, especialmente durante las comidas del niño.

“En el otro lado cómo estarán? si habrá comido o no?, tuve que confiar no? yo pensé sí yo creo que se va levantar y le va dar de comer, no creo que le deje así”.

“Osea si yo le deajo a mi hijo, no sé cómo lo tendrá (...) yo le dije: ¿qué le haz preparado?, no, le bajé, mi mamá le dió esto, esto osea su mamá! no él! ahí vi que de él que no se preocupa de su hijo, bueno le dió a su mamá pa que le dea pero de él mismo no le nace darle su comida, fue la primera vez y la última ya no le dejé más”.

El mayor aporte económico al hogar lo hace el padre, sin embargo, la madre empezó hace poco tiempo un negocio independiente de venta de jugo de naranja.

“Mi trabajo era casi todo el día, habrá sido pues dos semanas que recién había este... que recién había encontrado un trabajo y... pero lo dejé por motivos de mi hijo”.

- PARTICIPACIÓN SEGÚN RESPONSABILIDADES ASUMIDAS

La madre es quien organiza las actividades correspondientes al proceso de la alimentación, considerando el tiempo que dispone tanto ella como su pareja. Maneja su propia dinámica respecto a las compras en el mercado, basándose en su propio esquema. En el día libre del padre, la mamá continúa haciéndose cargo de esas actividades y en algunas ocasiones este le indica que compre determinados alimentos: “Bueno a veces me dice: ve a comprarle pescado, hay que hacerle un chilcano”.

“Los domingos lo compro la fruta pa toda la semana, a veces este... cuando es la quincena, me voy a comprar al supermercado, mi arroz, mi azúcar, pero verduras, carnes eso lo compro todos los días”.

Antes de conocer el diagnóstico, la madre no persuadía a su niño a comer más durante las comidas, ahora cuando no termina le ofrece nuevamente en otro

momento, sin embargo, pierde la paciencia y deja de intentarlo. Las pocas veces que el padre participa de esta actividad, logra que su niño acepte las comidas resaltando la paciencia que tiene a diferencia de la madre, quien hace uso de juegos como estrategia para que consuma más, aún así, la impaciencia no permite sostener estas acciones.

“Aunque no lo comía lo dejaba un poquito o a veces comía todo, lo guardaba y lo daba otra vez cuando tenía hambre, no le exijo quiero exigirle sí, pero no puedo, a veces ya no quiere, no quiere”.

“Trataba de jugar con él para que coma más (...) le doy de comer... y si quiere come, si quiere no, osea... no soy tan exigente en esa parte”.

La pareja comparte poco tiempo con el niño y las muestras de cariño son ocasionales, estando más pendiente por evitar caídas o golpes con otros objetos.

“Bueno él es un poco ¿cómo te digo?, es un rato que está bien, le abraza, le dice: te quiero hijito pues no?, él juega con su hijo, se preocupa más en si se va caer o a qué está agarrando”.

DIFICULTADES PARA LAS ACCIONES Y DECISIONES

- ACTITUD

Una de las mayores dificultades ha sido la poca paciencia de la madre en la alimentación, cayendo en desesperación de no lograr que su niño acabe las comidas, por ello, opta por dar leche materna como una opción efectiva para que su hijo se calme y se alimente. Asimismo, admite haber dejado de preparar el bazo por hacer caso a su pareja y desistió de comprar sangrecita, aduciendo desconfianza al producto, a pesar que ambos alimentos fueron recomendados para incorporarlos en la alimentación del niño.

“Creo que me falta más paciencia (...) mamá me dijo ya no le des pecho pero no le hecho caso, si no le doy, se pone a llorar, no quiere nada, bota todo (...) se pone a gritar como si le hubiera tirado un lapo o lo hubiera pegado, ahí me desespero y le doy su teta, en la noche es peor”.

“A veces digo a mi pareja si no comes yo no voy a cocinar otro día, así el bazo hice 2 veces nada más, quizás debí intentarlo más veces, la sangre porque no confío comprar afuera...”.

Esto ha generado frustración, dejando de preparar algunos alimentos ricos en hierro: “por las puras le preparaba su bazo con orégano”, así mismo, se presentaron situaciones que la madre no podía manejar y forzaba a su hijo a comer, desencadenando mayor malestar.

“Pero a veces no lo comía, por eso me daba cólera, no quería comer (...) un poco de cólera cuando él no quiere comer y sólo quiere la teta y eso”.

“Yo no lo obligo a comer, pero ¿cómo le digo? a veces yo quiero que coma, como yo quiero que coma (...) a veces no quiere, lo obligo y lo vomita, y ahí a veces lo deajo, no le exigo, a veces quiere comer fruta nada más”.

En el caso del padre, la madre atribuye su poca participación en la alimentación a la inmadurez de su pareja, quien demuestra poco interés en conocer más del proceso de alimentación y recuperación de su niño, por ello, siente que en lo único que puede apoyarla es en el aspecto económico. Sin embargo, le ha pedido que participe más en su rol de padre sin que el trabajo sea una excusa para señalar que no hay tiempo de hacerlo, por ello, se han presentado discrepancias: “quiero que me apoyes tú también no? porque tú también eres el papá”, “... no creo que todo se dedique a trabajar”.

“Porque él en sí es inmaduro (...) osea todo lo tengo que hacer yo y si no a veces lo hace a veces le tengo que decir”.

De acuerdo a lo señalado por la madre, hay poca comunicación con la pareja en los aspectos relacionados a la alimentación, cuando hay tiempo para compartir, conversan de otros temas. Tampoco hay un interés en acercarse y compartir más sobre su hijo con otros familiares, dando por hecho, que no se preocuparán e involucrarán en la alimentación del menor.

“Debo estar ahí en comunicación con él del bebe, pero sé que no porque no me va resp... osea no me va preguntar eso, de esas cosas porque no me llama para hablarme de eso, me llama para otras cosas”.

“Paro sola acá, no me preguntan tampoco, le ven, juegan con él, pero osea no me dicen ¿cómo está? ...”.

Por el contrario, ha sentido más soporte de su mamá en contraste a otros familiares, cuyas visitas y comunicación son limitadas. A pesar que la mamá vive en la Sierra, su apoyo ha sido más significativo y suma a las decisiones sobre la alimentación, siendo uno de los consejos más reiterativos, que cambie su actitud hacia su hijo durante las comidas, ya que ha observado su desenvolvimiento en sus visitas.

“Algunas veces cuando mi mamá ha estado acá, sí le he comentado no? y justo le he pedido también que me diga qué debo darle, me dijo prepárale esto... osea dedícate más, exígale que coma, como mi mamá a veces me veía, no, no quiere comer, ya no no quiere, y ya pues, esto está muy mal”.

- LIMITADA EXPERIENCIA EN LA ALIMENTACIÓN

Tener un hijo después de muchos años, ha significado para la madre un nuevo aprendizaje y reconoce que fue difícil –y sigue siendo- ofrecer la mejor alimentación a su niño: “Un poco difícil porque no sabía cómo alimentar”, considera que una de las razones fue tener a su primera hija siendo muy joven y durante esa experiencia no estuvo pendiente de las comidas: “así era simplemente porque era muy chibola y no... no así no lo tomaba importancia”, brindándole lo que ella consideraba más adecuado, además, resalta el comportamiento más cercano de su primera pareja al proceso de alimentación.

“Ella es la hija mayor pero ella tiene otro papá, él era más atento (la primera pareja) con mi hija no?, más atento, osea como él era mayor también me decía: dale esto, cocina esto, osea... totalmente diferente”.

También se suma, la resistencia del niño para comer y su preferencia por la leche materna, dejando de lado las comidas, la madre considera que ese comportamiento es engreimiento, ya que el niño acepta mayor cantidad de comida cuando está con su suegra.

“Más quiere el pecho que le doy, y traté de quitarlo pero no, no quiere dejar...”.

“Mi suegra me dijo que cuando salí un día a comprar, me dijo que había comido toda su comida tranquilo, que no había botado nada, qué raro que contigo no quiere comer, su comportamiento cuando estoy es bien engreído”.

- EMOCIONES EN TORNO A LA ALIMENTACIÓN

Sólo cuando observó a su hijo “flaquito”, tomó la decisión de dedicarse más él, sin embargo, su niño aún no está comiendo bien, ni aceptando el suplemento de hierro, manteniéndola en una preocupación constante. También sintió culpa al percibir que la anemia nutricional de su niño se debe a una alimentación inadecuada.

“...le veo sus ojitos este.. están blancos no?, a veces, digo, ¿qué cosa le voy a dar?, para que suba, entonces también me preocupo, no quiere tomar el hierro, esos polvitos, no lo quiere comer, eso me preocupa”.

“Me siento un poco mal, como le digo este...que no esté bien mi hijo (...) no es bonito que te digan tu hijo tiene anemia, no es bonito, yo como mamá me siento mal, culpable también, porque no lo estoy alimentando bien”.

- OTROS FACTORES

Al inicio de la convivencia hubieron algunas dificultades económicas, sin embargo en la actualidad ya no es tan significativo, en todo caso, no ha repercutido en la alimentación.

“Sí a veces sí, a veces la plata no nos alcanzaba, y a veces no se podía comprar no? las frutas, pero eso era más antes, ahora tenemos un poquito más”.

VIII. DISCUSIÓN

A continuación se presenta el análisis en conjunto de los seis casos desarrollados en el capítulo anterior, para lograr una aproximación de lo que ocurre en las diferentes familias de las niñas/os con anemia nutricional. Nos centraremos en la toma de decisiones y en la participación de los miembros durante el proceso alimentario, desde la perspectiva de la madre. En el análisis de los testimonios emerge el enfoque sistémico familiar y las relaciones de género que confluyen en el entorno del niño, aspectos relevantes y críticos en la medida que expresan como estas afectan las decisiones y acciones sobre las prácticas de alimentación y cuyas implicancias se observan también en la recuperación de la anemia.

A. LA CRIANZA Y LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN

La mayoría de las entrevistadas provienen de la sierra, conservando costumbres alimentarias aprendidas a lo largo de los años y que replican en Lima. Una práctica cotidiana en todos los hogares es la preparación de sopas, usando básicamente tubérculos, cereales y menestras, que son también brindados a los niños. Este tipo de alimentación es calificada por las madres de “natural” y “barata” al comparar la calidad y precios de los alimentos locales con los de Lima.

Las prácticas de alimentación establecidas en el entorno familiar, varían según las costumbres y el rol que cumplen las madres y/o otros miembros, quienes deciden las preparaciones como sopas y segundos, por ello, en algunos casos, las costumbres alimentarias de las parejas prevalecieron sobre el de las madres, habiendo sido transmitidas de generación en generación y han trascendido a las prácticas actuales, que para Osorio y cols⁷⁹ implica una transmisión cultural a través de las madres.

“En cambio allá (la Sierra), no pues, la vida también es, la economía se gasta menos, se gasta menos, ¿por qué? Porque allá también producen, hay producción, la chacra, puedes sembrar”. (Julia)

Por ello, algunas de las prácticas de alimentación aprendidas y replicadas en la alimentación familiar de los niños con anemia han variado parcialmente. La razón obedece a que la naturaleza del sistema familiar no es estable, continuamente se dan cambios que pueden alterar la rutina del hogar⁶⁶, como ha sucedido a partir del diagnóstico de anemia nutricional, que dió lugar a algunas variaciones temporales en la alimentación, por ejemplo el retiro de las sopas o la incorporación de algunos alimentos para la prevención de la anemia.

Otro aspecto de la historia familiar que es señalado por las madres de tener implicancia en las prácticas de alimentación, es la actitud poco afectiva e impaciente de las parejas en los momentos de interacción con sus hijos durante la alimentación, influyendo en su desenvolvimiento y el ejercicio de sus roles. Ellas manifiestan que están directamente relacionados con la crianza que estos recibieron en su niñez, al respecto, Izquierdo y cols (2015)⁸⁰ señalan la relevancia de la crianza de los padres en la construcción de roles. Si bien, los estudios señalan que por años, la familia tradicional ha construido padres ausentes o con poca afectividad hacia sus hijos, así también la concepción tradicional asigna a la madre la responsabilidad del cuidado y en ella la alimentación, el aspecto afectivo. No se puede afirmar, solo inferir que esto haya tenido repercusión en los casos estudiados, lo cual si fue hallado por Escobar y cols (2018)⁸¹, donde los hombres conciben su paternidad de acuerdo a lo que vivieron con sus padres y por Blissett (2011), quien señala que los

estilos de crianza y/o de alimentación que hayan adoptado los padres va incidir en sus prácticas actuales.

“depende de la crianza pues, a él lo han criado de esa forma, y a veces por más que ya hemos conversado de eso, las mismas cosas yo veo que él, la manera como le regaña al mayor (...) en sí es como una secuela, tal como tu mamá te cría tú quieres repetir”. (Raquel)

“Osea, él me cuenta que no ha tenido mucho contacto con la mamá, peor con el papá, que siempre careció de cariño de mamá”. (Analy)

A pesar de la disparidad en la participación de los miembros de la familia del estudio, las prácticas de alimentación establecidas antes del diagnóstico de anemia, reciben influencia de las parejas, hijos mayores y personas ajenas al núcleo familiar, a través de sus preferencias alimentarias o consejos sobre la alimentación. En esta interacción, están inmersas normas de alimentación asentadas en las familias, la comunicación activa o por el contrario limitada entre los padres en relación al proceso de recuperación de los niños, entre otros aspectos que complejizan la alimentación.

En esta investigación, las madres intervienen activamente en el proceso alimentario, desde la elección de las preparaciones hasta el consumo, como también lo vivieron cuando sus mamás fuerin responsables de la alimentación en sus hogares, mientras que el involucramiento de las parejas e hijos mayores es limitado. Las vivencias asociadas a la alimentación en el lugar de origen de los padres y su implicancia en la actualidad, así como nuevas experiencias adquiridas en sus hogares, confirma lo señalado por Perez- Gil sobre la familia, como un complejo sistema, donde los integrantes participan y aportan de forma diferente⁸².

A continuación se detallan los temas inmersos durante la experiencia de anemia nutricional de los niños, a través de acciones y decisiones del entorno familiar durante el proceso de alimentación, integrando los 6 casos a través de diferencias y/o similitudes entre ellos.

B. DIFERENCIAS DE GÉNERO Y RESPONSABILIDADES EN LAS DECISIONES SOBRE LA ALIMENTACIÓN

En la interacción de los miembros de la familia, se toman decisiones, muchas de ellas basadas en los roles construidos según el género de los padres, transmitidas e impulsadas por ambos, y son los que intervienen en las funciones que cumplirán o no en el proceso de alimentación, evidenciando diferencias entre ellos.

Antes del diagnóstico de anemia se tomaron decisiones sobre el aporte económico para el hogar, por ejemplo en los casos 2, 3 y 5, las parejas encargan a las madres el cuidado completo de los niños, quedando ellos como únicos proveedores económicos, ostentando autonomía en sus decisiones y reflejando la separación clara de roles de género, un hecho que las madres manifiestan haber aceptado: “él aún dice que no trabaje” (Rosa), “Porque me dijo (esposo): no trabajas (...) “así nomás... en casa quédate” (Ana), “esperarás un poco más (...) establécete bien o hacemos algún negocio donde estés todo el día aquí” (Raquel). Esta asignación de roles, evidencia un sistema familiar patriarcal que influye en las formas de participación de los miembros y el ejercicio de poder que los padres establecen, sin embargo, no se conoce las razones o motivaciones de los padres en los casos estudiados. De acuerdo a los hallazgos de Escobar y cols (2018)⁸⁰, la situación ideal para los padres es que la mujer se quede en casa avocada a la alimentación y cuidado

de los hijos. Lo anterior contrasta con los otros tres casos, donde las madres establecieron un negocio propio, manejado desde el hogar, de modo que les permita continuar con el cuidado de sus hijos.

“Me siento a gusto me siento tranquila porque yo veo que estoy cerca de mis hijos” (Rosa)

“Bien noma doctora (sonríe), porque yo estoy cuidando a mi hija, no trabajo...” (Ana)

Solo en el caso 2, la madre hace una clara diferenciación en los roles establecidos en la familia, situando a la pareja en un campo ajeno al doméstico. Esta división de trabajo por género es descrita por Moreno (2010)⁸⁷, manifestando que aún hay diferencias a pesar del incremento de la participación de las mujeres en el mercado laboral.

“Yo digo si me voy a trabajar, mis hijos ¿quién los va a ver? también mi esposo por eso me dice no (...), porque no va a ser igual, él no va a dejar de trabajar para verlos también pues”. (Rosa)

Desde el diagnóstico de anemia, la cotidianidad en los hogares se vió afectada, ya que implicó un nuevo escenario donde se modificaron algunos patrones de alimentación establecidos y aceptados por las familias. En todos los casos se ha evidenciado un proceso común, que **inicia** con el conocimiento del diagnóstico de anemia, donde las madres tienen diferentes reacciones y expresiones como: “¿por qué?”, “¿qué voy hacer?”, “¿cómo es eso?”. Este primer momento significó un repensar de la alimentación brindada a los hijos, desde su rol como madres en la

alimentación familiar, de ahí que sus preguntas se vinculen a la razón de la anemia y los posibles cambios que van a iniciar.

“no me imaginé... yo no pensé, dije... no no me imaginé dije, yo también, es por eso que tampoco regreso a los 3 días que me dicen de laboratorio, me imaginé por lo menos estará, no creo que esté con anemia, y cuando me dijo me sorprendí, me dije, me preocupé, dije ¿qué voy hacer?”. (Raquel)

De otro lado, para la mayoría de las entrevistadas, sus parejas mostraron una actitud distante al conocer el diagnóstico de anemia, percibiendo poco interés de involucrarse en el proceso de recuperación, dejando esa responsabilidad a las madres. En esa interacción no se desarrolló una conversación sobre la anemia y las acciones que podrían tomar y nos da una idea de cómo abordan los temas que están relacionados con la salud de la familia, además de visibilizar la división marcada de roles, dejando el espacio doméstico a la mujer: “...el bebe está con anemia, ah ya preocúpate (dice la pareja), no hemos ahondado”. (Raquel).

“lo vi preocupado, claro... no tan... preocupado un rato de ahí normal pues como no está pendiente está más con sus trabajos, hay cosas en el trabajo, no es tanto, es más, a mí que me da esa responsabilidad de yo preocuparme de yo bien haciendo”. (Raquel)

En los casos 1, 3 y 5, las parejas piden el cumplimiento de las recomendaciones brindadas por el personal de salud, sin profundizar en los detalles de la alimentación. Se observa que la mujer es la responsable de la alimentación familiar y en ella se refleja relaciones de poder entre los padres en una actividad cotidiana. A pesar que esto puede hacer visible la diferenciación de roles asignados socialmente a las madres (reproductor) y padres (proveedor); también da cuenta de

cómo han internalizado esos roles que han dado lugar a acuerdos y/o indicaciones aceptadas por ambos. En otros dos casos, las parejas se quedan en silencio, que para las madres implica asumir la responsabilidad solas “Cuando yo le dije eso, él se quedó callado”. (Julia).

“trata de darle lo que la doctora te dice ¿ya?” (Yeni)

“hazle tal como te han dicho” (Raquel)

Por tanto, otra reacción es la atribución a la madre de ser el responsable de la anemia, cuestionando las decisiones y/o las prácticas de alimentación cotidianas anteriores al diagnóstico. Por un lado, en la mitad de casos, son los padres quienes advierten de una inadecuada alimentación en las madres como posible explicación de la anemia: “¿por qué pues?, seguro no comes” (Ana), “yo no me estaré alimentando me dijo” (Raquel). Por otro lado, en dos casos, las madres revelan que la consistencia de las comidas preparadas para los hijos pequeños eran “aplastadas” y obedecía a lo que sus parejas consideraban adecuados, sin embargo, no correspondía a lo recomendado para esa edad, por ello, se generaron reclamos hacia los padres. En ambas situaciones, las parejas llegan a juzgar las decisiones y el comportamiento de las madres durante la alimentación y en esa experiencia han intentado imponer sus ideas sobre las comidas que deben ser preparadas para los hijos.

Durante este **primer momento** de mayor interacción entre ambos padres no se alcanza el equilibrio, es decir, no se establecen consensos sobre decisiones que impliquen mejorar la alimentación. Esto se debe a la forma en que se ha estructurado la relación entre los padres, a través de los roles ejercidos dentro de su hogar; en este contexto, la única decisión clara viene de la autoridad del padre,

determinando que la madre será la responsable del proceso de recuperación. La diferencia de roles ha originado en la madres preocupación y un sentimiento de culpa, que los estudios señalan se debe al rol asignado a las madres como únicas responsables de la familia. Perry (2017) señala que parte de la construcción de la identidad femenina está sostenida en la maternidad como la principal función atribuida a las mujeres.

“Es el rol de mamá, que se tiene que dedicar a la familia y la alimentación de sus hijos y de toda la familia más que todo” (Rosa).

“...osea no creo que él me diga: sabes que... el bebe está mal o llévale o tal vez está... o este... no, no... tiene que ser de mí, de mí que tengo que preocuparme, para darle”. (Analí)

Por ello, existe un sentido de responsabilidad derivado del rol materno: “Es el rol de mamá, que se tiene que dedicar a la familia” (Rosa), “porque yo tengo que atender” (Ana), “porque yo soy la mamá” (Analy). En este sistema familiar tradicional se atribuye socialmente a la mujer el rol central en la interacción padres-hijos, en las labores domésticas y de cuidado, por ello, en este estudio, la condición de madre es señalada como el principal argumento para asumir todas las actividades del hogar y la recuperación del niño. En los hallazgos de Moreno (2010)⁸⁷ las madres también señalan que las mujeres deben hacerse cargo como “buenas madres” y poseen esa “mentalidad” inculcada por sus abuelas.

“...¡yo!, (responsable) de ella y de la familia, más que todo una mujer es para que se dedique más a eso...” (Rosa)

Solo en el caso 2, la conversación estuvo dirigida a una opción más efectiva (inmediata) de tratamiento: el sulfato ferroso, que es la primera línea de acción

implementada en los Establecimientos de Salud para el tratamiento de anemia. En esta familia, inicialmente las acciones no tienen como eje central la alimentación, sin embargo, el objetivo es igual a los otros casos: recuperar de la anemia a sus hijos.

“entonces preguntaste si hay otra posibilidad, si le digo porque ella puede también tomar sulfato ferroso... Ah! Ya entonces hay que ver eso, de esa manera (...) a ver si podemos ir a otro sitio o a consultar que también de repente a parte puede haber otras mejores cosas... porque me han comentado también, que hay inyecciones”. (Rosa)

Las interacciones que en esta primera parte se da entre los padres, pasan de un escenario inicial de divergencias a otro donde las madres intentan mantener la funcionalidad del entorno respecto a la alimentación; en esta transición, ellas buscan entender más la situación buscando posibles explicaciones al diagnóstico de anemia, esto se detalla en el siguiente momento.

El segundo momento se basa en una búsqueda más racional, centrada en encontrar razones del por qué de la anemia y disipar dudas en torno a esta nueva experiencia, encontrando algunas respuestas en sus percepciones o la de familiares cercanos, por ejemplo: la percepción de que un niño “gordito” o “activo”, como observaban en sus hijos, demostraba una buena alimentación, estos hechos hicieron cuestionar inicialmente el diagnóstico: “yo no lo podía creer porque lo veo gordo, está comiendo, digo: qué raro”. (Raquel), similar a lo hallado por Bartolini (2011)⁸⁴, donde las madres se mostraron escépticas de que sus hijos tuvieran anemia. Además, ya no solo las parejas responsabilizan a las madres del diagnóstico de

anemia, ellas de manera simultánea realizan un autoanálisis y cuestionamiento de las prácticas alimentarias desde la gestación hasta antes del diagnóstico de anemia.

“derrepente mi embarazo no me alimentado bien” (Rosa).

“no le estaba alimentando correctamente, no las cosas que me habían recomendado” (Analy).

En la mitad de casos, las entrevistadas o sus familiares consideraban que la salida de dientes o la continuación de la lactancia materna eran situaciones comunes, que explicaban el bajo consumo de alimentos de sus hijos y en consecuencia habría ocasionado la anemia. Estas percepciones pueden persistir y generar prácticas de alimentación inadecuadas como dejar de brindar lactancia materna, lo cual terminaría afectando la recuperación del niño. Además se dejaría de lado aquellos cambios relevantes como la incorporación de alimentos ricos en hierro, al considerar que la salida de dientes o la lactancia materna son las principales razones de la anemia.

“...algo estará comiendo pues, estará comiendo poquito, poquito, según se que... me dijo, que según sale su diente no quiere comer (la mamá)”. (Ana)

“De repente es por lo que lacta, pero estoy pues buscando la manera de quitarle el pecho”. (Julia)

Las madres no llegan a una conclusión y no se tiene la certeza de que algunas percepciones alrededor de la alimentación fueran descartadas, evidenciando dos fuentes de información, una basada en experiencias propias o la de otras personas que puede llegar a ser subjetivo; y otra sustentada en las recomendaciones recibidas y validadas por el Ministerio de Salud. Lo anterior refleja la importancia de que las

dudas o cuestionamientos sean atendidas durante el contacto con el personal de salud, teniendo en cuenta dichas fuentes de evidencia.

Una de las prácticas anteriores al diagnóstico que ahora estaban siendo cuestionadas por las madres, fue la exclusión de la sangrecita e hígado del menú familiar, porque no formaban parte de las preferencias alimentarias de algún integrante (madre, pareja y/o hijos mayores), lo cual había sido establecido en los hogares. Esto revela que, además de la preponderancia de los patrones alimentarios, también influyen los hábitos establecidos bajo normas asentadas en la alimentación familiar, y termina evidenciando la forma de interactuar de los integrantes a través de sus roles, cuyas decisiones sobre la inclusión o exclusión de alimentos puede terminar afectando al resto de la familia. Domínguez y cols (2008), señalan que los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos guardan relación con el contexto familiar en la etapa infantil.

“Porque a veces a mi esposo no le gusta sangrecita, higadito de pollo, y ahora está.... uhmm para él carnecitas así nomás, pa mi hijita noma compro así (...) más hacía pollo”. (Ana)

“No me gustaba, hay cosas que no me gustan, por eso también no le daba a mis hijos porque... dije tal vez no le van a gustar (...) a veces a mí no me gustaba (risas), ¡la sangrecita no me gustaba!, y no, no lo hacía, mi esposo a veces pedía, pero yo no lo hacía”. (Raquel)

En un caso el panorama es diferente, ya que la madre no asocia la anemia con algún aspecto relacionado a la alimentación, vale decir, con sus prácticas de alimentación cotidianas y atribuye dicho diagnóstico a una situación normal, considerando que

los niños nacen con esa condición sin que estas dependan directamente de las decisiones de la madre: “uno no puede decidir no? que puede nacer así” (Rosa), esto se ve reforzado al conocer que otros niños de su entorno también tuvieron anemia: “Me sentí más aliviada, porque yo no sabía que solamente mi hijita tenía anemia” (Rosa). La madre siguió las recomendaciones de alimentación brindadas por el personal de salud, pero el interés se centró en el sulfato ferroso como principal tratamiento.

“De repente me habrán dicho ¿no?, ella debe tener anemia porque no se habrá alimentado pues como debe ser ¿no?... eso derrepente habrán dicho, pero ya pues es así, como dicen no es solamente puede ser por el hecho que te alimente puede haber otro factor que un bebe puede tener anemia”.

(Rosa)

Se manifiesta un nuevo papel que empiezan a ejercer las madres, asumiendo la responsabilidad de recuperar a sus hijos de la anemia, ahondando en los aspectos relacionados con la alimentación del niño y la familia, esto refleja una forma de relación en el sistema familiar: la centralidad, siendo la madre, la persona que recibe la mayor parte de interacciones^{66,67}, reconociendo que ciertas prácticas no fueron adecuadas e iniciando con algunos cambios en la alimentación en varios casos.

El tercer momento se caracteriza por la adaptación a un escenario diferente: la anemia. Las madres empiezan a seguir las recomendaciones brindadas en el Establecimiento de Salud, enfocándose en la incorporación de alimentos ricos en hierro e incremento de comidas que ayuden a la recuperación del niño. En todos los casos, las madres siempre han asumido la responsabilidad de la alimentación

familiar; pero desde el diagnóstico el enfoque es la recuperación de sus hijos, lo cual contempla nuevas decisiones y cambios para superar la anemia.

“No hacía mucho (hígado)(...) ... el bofe también le hago chanfainita, antes no hacía mucho, entonces ahora tengo que cambiar” (Rosa).

“Según que aprendí otro ya tengo que cocinar pal mediodía y pa la tarde también” (Ana).

Cabe resaltar que, al preguntar sobre la alimentación actual, las respuestas aparecen de manera automática, indicando al hígado y bofe como los alimentos que incorporan a las comidas con más frecuencia, sin embargo, actualmente su consumo es esporádico, aduciendo hostigamiento como resultado del consumo frecuente al inicio del diagnóstico.

“¿le estuvo dando después que se enteró de la anemia? – Sí, más seguido, ahorita mmm ¡poco! Porque a veces, ud. Cuando le da diario ellos se cansan...”. (Rosa)

Lo antes señalado nos muestra que la incorporación e instauración de prácticas de alimentación es un proceso complejo, dada la naturaleza dinámica de la familia, donde factores internos (preferencia de padres e hijos a determinados alimentos) y/o externos al hogar (consejos de otras personas) pueden incidir en las prácticas a las cuales se le dieron prioridad inicialmente. Por tanto, las interacciones internas o fuera del núcleo familiar son claves en el sostenimiento de los cambios. Al respecto, Forero (2018) señala que los cambios en la alimentación van mas allá de incorporar un alimento o quitar otro, por ello, a pesar de la mayor atención a la incorporación de alimentos ricos en hierro - que por mucho tiempo no se incluyeron en el menú

familiar, por no estar dentro de las preferencias de algunos miembros- esto no asegura que los cambios iniciales continúen en el tiempo.

“no mucho, porque no lo comían mis hijos, mis hijos grandes, mi esposo no come, un tiempo nomás lo llegó a comer pescado, pero no... no come... y eso es lo que también le dije”. (Julia)

El tercer momento culmina con la elección de las comidas, en los casos 1, 2 y 6, las madres consultan a los hijos mayores sobre lo que desean comer, cuyas sugerencias no necesariamente van de la mano con las necesidades más urgentes de los niños con anemia, sin embargo, los consideran en la elección de las preparaciones. En los otros casos lo deciden directamente, reflejando el limitado involucramiento de los otros miembros de la familia en esta primera etapa del proceso alimentario. Ambas situaciones, tanto la consulta como las decisiones propias terminan siendo relevantes en la elección final de las comidas, que pueden estar alineadas o no a las recomendaciones recibidas por el personal de salud. En la investigación no se conoce el impacto que tendría la motivación de la familia, como si se halló en el estudio de Altrena y cols (2016)⁸⁶, donde la actitud y motivación de los integrantes influyeron en la adopción de prácticas de alimentación recomendadas.

“yo no sé, tú decide lo que vas a hacer (esposo)”. (Julia)

“Yo misma decido, no consulto, yo lo decido, me voy al mercado... me voy al mercado donde mis caseras ¿Cuál está más barato?”. (Raquel)

Esto revela que un cambio en alguno de los elementos (familiares) como nuevas decisiones en relación a la alimentación, podría afectar a todo el sistema (familia). Las acciones de cada integrante, están conectadas con las del resto mediante pautas de interacción, por ello, los cambios en la alimentación del niño podría afectar la

alimentación familiar o en sentido contrario, considerando que el consumo de los niños depende de lo que decidan los adultos y las razones de cada integrante no necesariamente irán en la misma dirección.

En el proceso alimentario, las decisiones abren las puertas a las acciones y se detallan en la preparación, compra, distribución y consumo de alimentos, donde la participación de la familia es variable.

C. ENTRE LA COLABORACIÓN Y LA PARTICIPACIÓN EN EL PROCESO DE LA ALIMENTACIÓN

Los hallazgos del presente estudio muestran cómo los miembros de las familias tienen diferente implicancia en la alimentación, no por una asignación sustentada en el equilibrio de tareas en el ámbito doméstico, sino por una diferenciación desde el género que da lugar a formas diferentes de participación.

“... siempre de esa parte yo he sido así a veces mi esposo es el trabajo y yo mis cosas que son lo que tengo que hacer, gracias a Dios nunca he recibido el apoyo de nadie, sola he hecho mis cosas, cocino, lavo, cuidado a mis hijos, sólo... así hago yo sola mis cosas”. (Rosa)

En los casos descritos, las madres consideran que las acciones de los otros integrantes se basan en una “ayuda”, muy alejada de una participación, que implicaría mayor compromiso, lo cual no se da en los casos estudiados: “me ayuda a veces” (Rosa), “un rato estará” (Raquel). Al respecto, Moreno (2010)⁸⁷ halló en su estudio que el hombre “colabora” en el cuidado de los hijos por una exigencia del contexto familiar. Diversos estudios señalan que la alimentación del niño y

todas las actividades concernientes al proceso alimentario son de responsabilidad exclusiva de las madres, sin embargo, a pesar del fuerte vínculo entre ambos, el grado de involucramiento del entorno familiar puede ser decisivo para adoptar y mantener adecuadas prácticas de alimentación.

Además de que en la estructura familiar de los casos, las madres siempre se han encargado del hogar, el tiempo también juega un rol importante en la concepción de la responsabilidad sobre la alimentación y el hogar. Por un lado, el mayor tiempo de las madres en casa implica necesariamente asumir dicha responsabilidad, en tanto el tiempo que demanda el trabajo de las parejas fuera del hogar limita su participación en el proceso de alimentación: “En sí él no puede porque él no está acá conmigo” (Yeni), “porque yo sé que él trabaja y también es cansado también en lo que hace” (Rosa). Al respecto, el estudio realizado por Bilal y cols (2016)⁸⁸ indica que el tiempo es un limitante del papel que juegan los padres, quienes perciben que quien pasa más tiempo es más responsable del cuidado y alimentación del hijo; mientras que en el estudio de García y cols (2008) se argumenta la relación entre la responsabilidad de las actividades domésticas y la disponibilidad de tiempo de las mujeres.

“Pero, como él para todo el día en el trabajo, más se dedica al trabajo, yo la que estoy acá (...) sino yo tendría que hablar con él ¿no? decirle para que se dedique en alimentarlo a él”. (Rosa)

Existe una renuencia en las madres a que los padres asuman la responsabilidad de la alimentación, a pesar de las diferencias de roles de género en las tareas domésticas, esto puede significar una incongruencia debido a que las madres también desean tener más apoyo de las parejas; sin embargo, lo que esperan es

recibir motivación/ ánimo del entorno familiar durante este proceso, sin dejar de tener el control sobre la alimentación del hogar.

La atribución de aspectos negativos como la impaciencia o poca experiencia de los padres en este ámbito, es una razón para no dejar en sus manos esta responsabilidad, dando por hecho que la alimentación no estará alineada con lo esperado por ellas y los hijos se verán perjudicados. Al respecto, Aibel (2011)⁸⁵ señala que los padres no son vistos como asesores autorizados debido al limitado conocimiento y participación en la alimentación. Por ello, en los casos hay desconfianza y no se vislumbra iniciativas para hacer más cercana la experiencia de alimentación entre el padre y el niño.

“Quisiera delegar, pero no tengo como dicen la confianza, ¡eso! la confianza en ellos, de dejarle a mi pareja que lo alimente (...) esa parte en lo que es alimentación no hay confianza, yo tengo que hacerlo (...) o tal vez me sorprenda, pero nooo, yo lo pienso negativo, no lo va hacer”. (Raquel).

“No creo que pueda... porque los varones son más... no saben, a veces los varones no tienen a veces paciencia”. (Ana)

En los casos 3 y 6, la desconfianza de las madres está sustentada en sus experiencias previas, cuando encargaron la responsabilidad de la alimentación a las parejas y sus acciones no cubrieron sus expectativas, limitando la participación de los padres en el proceso alimentario. Esto nos indica la relevancia de cómo están interiorizados y establecidos los roles en cada hogar y el impacto que pueden generar en las prácticas cotidianas de alimentación.

“...yo le dije: ¿qué le has preparado?, no, le bajé, mi mamá le dió esto (refirió el esposo), (gesto de fastidio) osea ¡su mamá! ¡no él! ahí vi que de

él que no se preocupa de su hijo, bueno le dió a su mamá pa que le dea pero de él mismo no le nace darle su comida (...) fue la primera vez y la última ya no le dejé más”. (Analy).

“Incluso le reclamé fuerte, porque cuando me llevó el almuerzo, ¿qué es esto? le dije, tú crees que esto va lactar mi hija por mí, al menos deme una comida que le sirva de algo a la bebe...” (Julia)

En los casos 4 y 5, los aspectos negativos se basan en los significados que las madres atribuyen a sus papás y parejas, debido a su condición de hombre y las vivencias compartidas con ellos, como resultado de la asignación tradicional de roles en la familia. Para ellas, los atributos socialmente adjudicados a los hombres están alejados del terreno de la alimentación y asumen que esto también ocurre en su entorno familiar, por lo tanto, existe limitación para que los padres participen y se desenvuelvan en el proceso alimentario.

“Porque ellos no saben cómo hacer comer, mi papá era más... no tenía paciencia, por eso yo sé”. (Ana)

“No no va hacer, es que hay que tenerle paciencia, he visto, mi papá le he dado una vez, le he dejado y no, un rato estará pero de ahí para estar todo el día no, puede ser un par de horas”. (Raquel)

En estos casos, el mayor tiempo de los padres en casa genera una sobrecarga de actividades ya que la atención debe estar dirigida a ellos y sus hijos, generando tareas adicionales que terminarían afectando su rutina. En el estudio de McBride y cols (2005)⁸⁹, se encontró que la participación paterna está regulada por el control materno, basada en la renuencia a dejar la responsabilidad del hogar.

“Tranquila soy cuando no tengo varón, a veces varón viene, tengo hambre, tengo esto, todo aburrido para... a veces son así, por eso no quisiera que esté así todo el día”. (Ana)

En el caso 1 el contexto es distinto, el padre trabaja en provincia y durante su estancia en Lima la madre prefiere mantener su rutina siendo la responsable de la alimentación y limita el apoyo de su pareja. Esto se debe a la costumbre de haber recibido apoyo de su pareja en actividades como la alimentación, lo cual cambió al iniciar su trabajo fuera de Lima, un hecho que le afectó emocionalmente.

“...ya me había confiado ya me había acostumbrado que tuviera un apoyo de él y cuando él se fue me chocó bastante, sí me chocó, desde ahí ya no, yo le pongo un límite, ya yo le pongo el límite, tú ayudame en tal cosa, no! le digo, no porque luego cuando te vas yo me voy a acostumbrar y eso es el problema para mí, mejor ya, ya él entiende y él mismo me dice: ya mejor tú misma hazle... porque tú misma tienes que ver tus cosas cómo vas a hacer...”

A pesar que los padres mantienen un papel limitado en la alimentación, la participación incrementa cuando se trata de actividades- básicamente recreativas- que se desarrollan mientras las madres se están dedicando a otros quehaceres de la casa; similar a los resultados hallados por Bilal y cols (2016)⁸⁸ donde un grupo de papás “ayudan” si están libres o si las madres están ocupadas con otras actividades, siendo el juego lo que más realizan. Esta participación ocasional es realizada a pedido de las madres y a veces solo con previos acuerdos, similar a lo hallado por Charles y cols (2018)⁹⁰ quienes señalan que entre madres y padres se establecen acuerdos menores en las tareas directas de cuidado diario del niño. En estos casos,

los hijos mayores también se involucran ocasionalmente ayudando a cuidar o jugando con los más pequeños, pero es la madre quien ejerce predominantemente el rol reproductivo social, incluso aquellas que manejan negocios propios, evidenciando la diferencia en los aportes que cada uno (padre y madre) realiza: “Yo creo que el esfuerzo de la mamá es el triple de lo que hacen ellos” (Rosa).

“... le digo sabes qué haz la tarea y yo tengo que hacer tal cosa, a veces le digo: cuida al bebe que está allí, a él le gusta jugar”. (Yeny)

En los seis casos, luego del diagnóstico de anemia, se mantuvo la organización de la familia, donde las madres son quienes ejecutan la mayor parte de actividades durante el proceso alimentario, manteniendo así la rutina, mientras que las acciones de los otros miembros son esporádicas, a veces a pedido de las madres y otras por iniciativa propia, bajo determinadas circunstancias. Esto evidencia los límites difusos dentro del sistema familiar, cuya característica principal es la participación poco clara de cada integrante, generando una sobrecarga de actividades en las madres que afecta las acciones enfocadas en mejorar la alimentación del niño con anemia.

La siguiente etapa del proceso alimentario, corresponde a la compra de alimentos, una actividad realizada por las madres, que contempla acciones previas basada en estrategias para la preparación de comidas y alineadas a las recomendaciones brindadas por el personal de salud. Estas estrategias se caracterizan por el uso de medios como el internet y recetarios para obtener alternativas de comidas, es aquí, donde se desarrolló la mayor participación de los hijos mayores al inicio del diagnóstico de anemia. Dicha intervención, muestra la importancia de la interacción

con otros integrantes de la familia a través del ejercicio de sus roles, además de la relación entre padres, como lo señala Ortiz (2008)⁶⁷, cuya participación podría aportar en la recuperación del niño, complementando las acciones que iniciaron las madres. En el estudio de Forero y cols (2018) encontraron que el internet fue una fuente de información importante sobre alimentación complementaria, pero a diferencia de nuestros hallazgos, esto fue utilizado solo por las madres, especialmente las más jóvenes; en los casos estudiados, lo realizan los hijos mayores y las madres independientemente de la edad.

“Busco en internet... mis hijitas... ellas también me han ayudado”. (Yeni)

“A mi hijo el mayor le digo que, que entre a internet”. (Rosa)

Otra forma de participar es mediante los consejos en alimentación dirigido a las madres, las cuales han sido relevantes para la elección de alimentos y comidas, brindados predominantemente por mujeres (mamás, suegras, conuñadas, vecinas y vendedoras de productos cárnicos), significando un importante aporte basado en sus experiencias, sobretodo, cuando es respaldado por el testimonio de recuperación de algún familiar. Esto evidencia la influencia de personas fuera del núcleo familiar en la incorporación o no de alimentos ricos en hierro, exponiendo en qué medida las indicaciones son seguidas, ya que en el camino la posición inicial de las madres se confronta con consejos de alimentación de diverso contenido. Al respecto, en estudios sobre alimentación complementaria las madres consideraron a las mamás y suegras como redes de apoyo, pero las recomendaciones dependían de las experiencias y saberes tradicionales que poseían.

“Como mi cuñada también es enfermera, ¿qué le puedo dar?, me dijo dale espinaca”. (Analy)

“En el mercado, las señoras, yo les dije mi hijita tiene anemia qué le puedo dar, dale brócoli, nada más me dijeron y siempre trato así de, de buscar información”. (Rosa)

La siguiente etapa corresponde al acto de comer y en todos los casos la figura del padre no aparece mucho, no obstante, en tres de ellos, empieza a cobrar mayor protagonismo la participación de familiares que no forman parte del núcleo familiar, como las suegras y el papá, encontrando en ellos un apoyo importante. En el estudio de Altrena (2016)⁸⁶ se resalta la influencia del apoyo social positivo de personas claves (padres y abuelas) en prácticas de alimentación infantil.

“Será la costumbre ¿no? Porque yo a veces estoy solita, a veces mi suegra viene y ya me ayuda con el bebe...”. (Yeni)

“...a veces le digo: papá subes un ratito por favor, le voy a dar de comer al bebe le digo (...) normal viene me ayuda, me ha estado ayudando”.

(Raquel)

Durante esta etapa, confluyen factores como la comunicación, el afecto, las emociones y actitudes de las familias, resultando ser la etapa más crítica, donde las madres esperan que las decisiones tomadas y todas las etapas anteriores culminen con la ingesta de comidas para lograr un incremento de la hemoglobina y con ello, la recuperación del niño. En esta parte del proceso, además del ¿cómo (debe ser la alimentación)?, también cobra importancia el ¿dónde? y ¿con quiénes?, confirmando que el acto de comer no solo se ciñe a la comida, también implica interacciones sociales, que adquiere diferentes significados para los integrantes de la familia, a través de la valoración que cada integrante tiene sobre la alimentación

que llevan y sobretodo, la importancia que tendría la alimentación del hijo menor con diagnóstico de anemia.

En los seis casos, los niños son los primeros en comer y solo en una familia, esta dinámica está cambiando, pues la madre empezó a centrar su atención en el acompañamiento de la familia durante las comidas debido a una experiencia positiva al comer fuera de casa, expresando alivio por hallar una forma de evitar tiempos de comida prolongados y mayores esfuerzos. En el estudio de Castaño y cols (2018) los niños se alimentaron mejor en un ambiente de mayor acompañamiento y las madres no necesitaron realizar tantos estímulos para animar el consumo en sus hijos.

“... bueno a veces le doy su comida más antes y yo veo que a veces como él come solito, será por eso digo no querrá comer ¿cómo le digo? siento que a veces quiere comer en familia ... y sí vi diferencia, jugaba con la mesita pero: abre la boquita! y abría, no era como acá que tenía que estar cantando o hacerle muecas (...) y ahora sí me está comiendo pero... tengo que estar sufriendo, sufriendo, cantándole, entreteniéndole para que me pueda comer”. (Raquel)

En la mitad de casos, se utilizan diversos recursos como entretenimiento para facilitar el consumo de comidas de los niños, por ejemplo: juguetes, tablets, videos, canciones y dibujos; en esta etapa los hijos mayores intervienen ocasionalmente.

“... hazle mamá avioncito, a ver abre tu boca y mi hijito abre su boca ¿se come ella o te comes tú? y él abre su boca (...) mi suegra a veces intenta hacerlo comer (...) ya al ver eso ya me siento más tranquila”. (Yeni)

En los seis casos, las pocas intervenciones de los padres se ciñen a animar a los hijos a comer y no hay diferencias en la participación que tenía antes del diagnóstico de anemia. Esto contrasta con los hallazgos de Aubel (2011)⁸⁵ quien indica que en los problemas de alimentación, la participación de los hombres suele aumentar. En tanto, Castaño y cols (2018) hallaron que las estrategias de los padres pueden facilitar o limitar la ingesta de alimentos que dependerá de sus preocupaciones frente a la alimentación. En el caso 2, la pareja da preferencia a la preparación de comidas antes que brindar alimentos a su hijo: “Me dice: te vamos a esperar a ti para hacerle comer, ¡noooo! le digo, tienes que hacerle comer, entonces yo cocino y tú hazle comer (dice su pareja) ¡entonces rotamos!” (Rosa).

“Le acaricia, le aplaude, le dice: bravo cuando come, come hijita”. (Ana)

“Pero él sale rápido y se va 2, 3 cucharadas y dice: ya me voy”. (Julia)

“Pero él a veces agarra, le canta y le hace comer y a veces me dice: ¡ya vez! ha comido”. (Analy).

Ante las experiencias relatadas, es válido mirar a los que están del otro lado (personal de salud) y personas cercanas a las madres (familiares), quienes intervienen en diferentes momentos del proceso alimentario. Si bien en este estudio no se ha podido recoger información sobre el apoyo de los padres, las madres esperan más involucramiento a través de conversaciones centradas en conocer la alimentación de los hijos y el proceso de recuperación. En el estudio de Aubel (2011)⁸⁵ sí se halló influencia del papel de los hombres sobre las decisiones de las madres en alimentación complementaria.

“que me diga no? que me diga qué necesita, o quizás los días que llegue me diga si le estás dando al bebé esto... o ¿cómo va en su anemia?, ¿cómo está

yendo, le has llevado? O ¿ha subido? ¿está más? ¿está peor?, no... esa parte no, no me dice, él debe estar pensando en el bebe ¿no? por más que esté cansado”. (Analí).

“...pero que haga siquiera el intento, que me demuestre que está siquiera haciendo bien o algo... o que me pregunte siquiera (sobre la alimentación), pero no pe”. (Raquel)

Es así que, las familias están viviendo diferentes experiencias en la alimentación, enmarcado en la anemia de los niños. En este proceso, los cambios instaurados en la alimentación, han sido resultado de decisiones, las cuales se han concretado a través de la participación activa de las madres y limitada en el resto de integrantes. El paso de la decisión a la acción no es simple y las dificultades que se presenten pueden afectar el sostenimiento de las prácticas, por ello, es importante conocer cuáles son esas barreras que pueden influir en los cambios establecidos para lograr la recuperación de los niños con anemia.

D). DETERMINANTES QUE AFECTAN LA SOSTENIBILIDAD DE LOS CAMBIOS EN LA ALIMENTACIÓN

Durante el proceso alimentario hay aspectos que inciden en la dirección y resultado de cada etapa, estos determinantes están relacionados con las dificultades vividas desde el diagnóstico de anemia, como la incorporación de nuevas preparaciones, la intervención en mayor o menor medida de familiares y personas fuera del núcleo familiar o la poca aceptación de las preparaciones incorporadas.

Una de las dificultades se centra en la asimetría de roles en el hogar percibida por las madres, que ha generado cierto malestar: “osea como que todo me carga a mí ¿no? y yo debería estar viendo todo eso... y él NO y eso” (Analy), sin embargo, en dos casos, las madres entienden la ausencia y poca participación de los padres debido al tiempo que demanda el trabajo: “yo por esa parte sí entiendo, pero a veces me da cólera cuando él no me entiende” (Julia), “él también tiene que hacer sus cosas... ¿de qué voy a preocupar?” (Ana). En relación a esto, Jones y cols (2012) señalan que la división tradicional de género pueden impedir que las parejas apoyen a las mujeres en el hogar.

A lo anterior, se suma la desvinculación de las parejas con sus hijos en el ámbito alimentario, que ha desencadenado en el poco interés y expectativa de motivar a los padres a tener mayor implicancia en el proceso de alimentación del niño. Al respecto, McBride y cols (2005)⁸⁹ señalan que las madres adoptan actitudes que desalientan la participación de los padres cuando no consideran importante el rol que cumplen. En tanto Moyo y cols (2019)⁹¹, afirman que las decisiones de la familia influyen en la adopción de recomendaciones de alimentación.

“¿cómo le digo?, no no le da mucha importancia en esas cosas (su pareja) al bebe”. (Analy).

“últimamente está como que no quiero esto, no quiero lo otro, no sé qué le pasa, porque no le gusta... yo igual cocino, yo le digo: yo no lo hago por ti, yo lo hago por tus hijos”. (Julia).

En la mitad de casos, las madres esperan un ambiente de mayor corresponsabilidad con las parejas, basado en su condición de padres: “yo le dije la responsabilidad no

es solamente mía” (Julia), “quiero que me apoyes tú también ¿no? porque tú también eres el papá y también debes preocuparte no?” (Analy). Se presentan discusiones entre los padres derivado de los cambios surgidos por el diagnóstico de anemia, que en estos casos desencadenan en una rutina que las madres aceptan y a la cual se adaptan, viéndose solas en la mayor parte de las decisiones.

“... entonces ya para qué hacerle que piense en eso mejor yo tratar de solucionar (...) su trabajo de él es todo el día y ya a veces no lo atormento con esas cosas, trato de yo verle”. (Yeni)

“Ya no te atormento, sé que a veces me sentiré mal, pero, tengo que comprender digo qué voy a hacer la persona que me tocó, no puedo decirle: ¡haz esto! ya me acostumbré, ya no lo puedo cambiar (...)claro hay por ratos que me molesto, digo: deberías participar, al fin y al cabo los dos somos padres no solamente yo...”. (Raquel).

Las madres evidencian su descontento por la actitud de los padres frente a la alimentación de los hijos, sin embargo, su sentir no es compartido con ellos: “El no dice ¿qué vas a cocinar? o ¿qué le estás dando? o ¿qué no le has dado?” (Raquel). En algunos casos también se han presentado discusiones por la disconformidad hacia el comportamiento de la pareja en el proceso de recuperación, que contrasta con la prioridad que han ejercido las madres ante el diagnóstico de anemia. En el caso 4, hay un ambiente de constante tensión y se expone el machismo de la pareja, al adscribir a la mamá como la única responsable de la alimentación. Es importante mencionar, una probable situación de violencia que se dejó entrever en la entrevista, sin embargo, la madre no brindó más información y dada la naturaleza del estudio no se ahondó más.

“Un día un poquito que chocamos, porque yo estaba ocupada y todavía no les hacía comer, yo le dije: hazlos comer porque ya me voy, ¿qué? debías prevenir, ahí se molestó, porque se supone que yo también estoy trabajando y ya normal le dije, bueno sólo tuve que salir más tarde - ¿Qué pensó en ese momento? - ¡Uy qué machista!, porque en vez de decirme: ¡Uy! ¿qué has hecho?, ¡Uy! estará cansada, estará resfriada, él no lo hace”. (Julia).

En los testimonios, las madres perciben que el interés de sus parejas está centrado en el trabajo, como parte del rol: padre- proveedor económico y la alimentación no estaría siendo vista por ellos como un asunto relevante que requiere más atención: “él más prefiere su trabajo” (Julia). Referente a esto, McBride y cols (2005)⁸⁹ indican que la estructura familiar tradicional no siempre ha propiciado una mayor participación del hombre, porque históricamente la crianza se ha centrado en lo que hace la madre, en tanto, Jonesa y cols (2012)⁹⁴ señalan que la falta de apoyo de las parejas es una barrera para mejorar las prácticas de alimentación.

“Lo único que puede apoyarme es en ¿cómo te digo?, en darme dinero”.
(Analy).

“No está tan informado creo, no me preguntó ¿qué es la anemia?, no le comenté más tampoco, pero no creo que sepa lo importante que es (...) creo que él piensa que es algo simple”. (Raquel)

Otro aspecto que puede considerarse una barrera, es la limitada comunicación entre los padres sobre la anemia y alimentación de los hijos. En la mayoría de casos hay límites rígidos en la interacción de los miembros de la familia, es decir, la comunicación entre ellos se torna difícil. Esto no necesariamente significa poco interés de los padres, también puede implicar una costumbre que en las

conversaciones haya mayor preponderancia de temas ajenos a la alimentación. Además no se tiene certeza si las parejas conocen la magnitud de la anemia y sus implicancias en la salud de los hijos. Las conversaciones se restringen a preguntas cerradas que se queda en lo superficial: “¿Ha comido? Sí ha comido y ahí nomás, no ahondamos en qué le has dado ¿cuántas veces?” (Raquel). El modo en que se relacionan e interactúan los padres puede indicar si propiciará un ambiente que motive decisiones abocadas a mejorar la alimentación del menor.

“Bueno ahora último como que no conversamos mucho”. (Ana)

“no me va preguntar eso, de esas cosas porque no me llama para hablarme de eso, me llama para otras cosas”. (Analý)

“Hay momentos que no, llega cansado y hablamos de otras cosas”.
(Raquel).

Por otro lado, las madres admiten tener poca paciencia durante las comidas, significando una dificultad para mejorar el consumo de preparaciones: “Yo le digo hay a veces no tengo paciencia” (Yeni), “yo creo que no tengo mucha paciencia” (Ana). Las madres esperan una situación ideal, donde sus hijos coman “tranquilos” y “callados”, lo cual, paradójicamente es opuesto al comportamiento natural de los niños: “cuánto quisiera que mi hija ya comiera un montón, que comiera calladita ¿no?” (Julia). Lo descrito anteriormente no corresponde con el propósito de una alimentación perceptiva, que consiste en una interacción recíproca durante el acto alimentario, respondiendo a señales de hambre y saciedad de los niños (OPS, 2009). En la mayoría de casos, se termina cediendo a las preferencias de los hijos, como la leche materna, quedando de lado la persuasión durante las comidas: “Hay días que no quiere nada, solo teta (...) viene levanta el polo teta, teta me dice” (Yeni), “...,”

con teta nomás estaba” (Ana). Forestell (2018) afirma que a mayor paciencia de las madres durante la alimentación, disminuye el rechazo de los niños pero demanda más tiempo.

En los 6 casos, la anemia significó una nueva experiencia, incluso en aquellos hogares donde hay hijos de edad escolar y adolescentes. La alimentación de los menores fue un “nuevo comenzar”, por el tiempo transcurrido y las diferencias en el acceso a contenidos en alimentación y nutrición. Con los primeros hijos las prácticas no fueron adecuadas, debido a la introducción de alimentos antes de los seis meses, no obstante, las madres no piensan así ya que sus hijos mayores no presentaron anemia. En el estudio de Weisstaub (2016) se remarca que hay puntos críticos en la alimentación infantil, como el inicio de la alimentación complementaria, los cambios de consistencia y la incorporación a la comida de la familia.

“Mis hijitas con ellas no tenía demasiada leche y como no tenía mucho dinero para sacar su suplemento, entonces lo que yo hacía era prepararles ponche cuando recién estaban naciditas y no era más difícil, no trabajaba, tenía suficiente tiempo para mí...”. (Yeni)

“Incluso mi hijito (el mayor), él empezó a comer a los 5 meses y tomaba leche de vaca, fue diferente”. (Julia)

La experiencia con sus primeros hijos también está marcada por la ausencia de los padres durante la alimentación complementaria, viéndose solas, sin la posibilidad de compartir y acumular experiencias de padres-hijos en el ámbito alimentario: “Como 2,3 años, sola, sola con un hijo” (Julia), “se va cuando mi bebe tiene 5 meses, y de ahí llega cuando mi hijo tiene 2 años” (Raquel). En la actualidad, los

padres están presentes, pero mantienen una participación limitada en el proceso alimentario. En ambas situaciones, el contexto familiar es esquivo para propiciar un ambiente que motive el consumo de alimentos y ayude en la recuperación de la anemia. En esta investigación no se puede conocer el impacto de la ausencia o poca presencia de los padres en el ámbito alimentario.

“Yo no lo he consultado a nadie, ni mucho menos me observaban, su apa de mi hija tampoco, nadie me observaba si lo hacía comer o no...”. (Julia)

Por otro lado, en todos los casos, las madres expresan una carga emocional, debido a las dificultades que viven durante la alimentación. Los testimonios dan cuenta de una preocupación que contempla interrogantes sobre lo que tendrán que hacer y como afrontarán la anemia, desencadenando en un agotamiento mental: “A veces no sé qué hacer, me preocupa y digo no sé ni que hacer” (Yeni), “Difícil, ¿cómo voy a estar? ¿cómo voy a atenderlo? total pensamientos” (Ana), “Yo me sentí preocupada, te juro que yo me desesperé tanto” (Julia). Esta carga emocional merece atención y confirma la necesidad del involucramiento familiar, pues las madres siguen siendo vistas como únicas responsables, por ello, la importancia de su abordaje, desde la atención que reciben en el Establecimiento de Salud.

“Mientras ella este, todavía está malita, está con su anemia, eso es peor todavía, eso es peor, estoy más amarrada que otra cosa (...) yo soy la que estoy estresada, ya quisiera salir de eso, cuánto quisiera que mi hija ya comiera un montón”. (Julia)

Además, se destaca la relevancia de las funciones que cumplen ambos padres, como sistema conyugal y parental, sobretudo la interacción que mantienen en el entorno familiar ya que, de acuerdo a los testimonios, no comparten sus emociones con sus

parejas y demás integrantes: “por eso él ve cómo cambio de ánimo, un rato estoy alegre, de ahí estoy amarga, pero de inmediato tengo que cambiar de humor por ellos, porque no me van a ver renegando” (Raquel). En el estudio de Perry y cols (2017)⁹² las madres expresaron frustración y resentimiento, no por la responsabilidad de la alimentación y el hogar, sino por ser y sentirse la única responsable de involucrar a sus parejas en la vida de sus hijos.

“Una vez que suba su hemoglobina estoy más tranquila y dije: ¡ya hice!, eso era mi primera... mi propósito, que suba, que siquiera tenga ya de 11, 11. 5 ya siquiera, hasta subir un poquito, si puedo más, mejor”. (Raquel)
“si pe doctora a veces estoy haciendo algunas cosas... estoy total doctora... sola no puedo hacer nada”. (Ana)

Las madres perciben desproporción en la división de trabajo, observando diferencias en las tareas domésticas que cada uno realiza en el hogar, que las coloca en una posición de desventaja por las actividades y responsabilidades que ostentan, afectando las decisiones durante el proceso alimentario. Perez-Gil y cols (2013)⁸⁰ señalan que las mujeres llegan a triplicar el tiempo de trabajo dentro o fuera del hogar, mientras que los hombres se resisten a asumir otras tareas.

“¡pero es demasiada carga! le digo, no es fácil, tienes que llevarles, recogerles, también tengo que trabajar, atenderle a él, atenderle a mis otras hijitas”. (Yeni)

“Porque yo estoy sola, me siento un poco cansada creo... quisiera que coma más como yo quiero, pero no...”. (Analy)

Además, bajo cualquier circunstancia como cansancio físico, alguna enfermedad o la carga laboral de sus negocios, las madres continúan como únicas responsables de

la alimentación de la familia, por encima de sus propias necesidades. Se manifiesta una suerte de resignación sobre la poca participación del resto de miembros, lo cual ya forma parte de la cotidianidad, expresada a través de la dinámica interna en el entorno familiar. Por ello, en los testimonios, las madres afirman que ninguna persona podrá asumir dichas responsabilidades.

“Así cuando estoy mal señorita tengo que hacer, hay estoy con una tos a veces tengo que hacer, a veces con la gripe, así tapándome tengo que atender a mis hijos, mi familia, porque sino ¿quién lo hace? Nadie”. (Julia)

“Agotada, pero tengo que continuar pe, si no estoy yo ¿quién lo hace?, ¿a quién decirle que lo haga?, tengo que hacerlo yo sí o sí, entonces ya tenía de donde sea sacar fuerzas y seguir, por ratos quiero tirar la toalla pero ¿qué voy hacer?”. (Raquel)

Finalmente, las dificultades que se viven bajo el contexto de anemia, nos confirma la complejidad del proceso alimentario, considerando que la adopción de nuevas prácticas no se ciñe a la recepción e inmediata ejecución de las recomendaciones y no siempre se presentan las condicionales ideales para lograr el sostenimiento de los cambios. Las madres terminan adaptándose al proceso, de acuerdo a sus patrones y saberes tradicionales, adquieren nuevos aprendizajes y toman el reto de que los hijos se recuperen de la anemia en un contexto familiar que no siempre será favorable. El estudio realizado por Altrena (2016)⁸⁶ señala precisamente que pasar de un enfoque centrado en la madre a un enfoque centrado en la familia, ayudaría a reducir las barreras e incrementar la sostenibilidad de las prácticas de alimentación.

El proceso alimentario está sujeto al desenvolvimiento del entorno familiar, por ello, no depende únicamente de las madres responsables del hogar; su desarrollo es variable y tiene lugar en diferentes contextos familiares, con las particularidades de quienes la integran. Cada familia posee su propia dinámica, expresada a través de decisiones y acciones que no solo contempla el conocimiento que las madres poseen y llevan a la práctica al alimentar a sus hijos, también involucran normas y conductas alimentarias establecidas en el seno familiar. En este contexto, el papel activo atribuido generalmente a las madres en el terreno de la alimentación, no ha permitido visibilizar el rol que cumplen otros integrantes, ni ampliar el enfoque en los factores que pueden facilitar u obstaculizar el sostenimiento de prácticas de alimentación para la recuperación del niño con anemia nutricional.

La clave está en el sostenimiento, es decir, que las prácticas de alimentación instauradas a partir del diagnóstico de anemia nutricional no se pierdan en el camino. Para ello, es crucial conocer aquello que afecta cada una de las decisiones tomadas y que finalmente son llevadas a la práctica. Además, considerar la dinámica de cada familia como un determinante que puede detener o impulsar los cambios en favor de la recuperación de los niños

IX. CONCLUSIONES

1) El proceso de decisión en la alimentación del niño con anemia, comprende diferentes momentos que culminan con la incorporación de nuevas prácticas alimentarias en el tratamiento de anemia, donde las parejas deciden inicialmente que las madres serán las responsables de este proceso.

Las madres asumen el compromiso de recuperar a sus hijos de la anemia y son los padres quienes dan esa responsabilidad, aunado al resto de actividades que realizan en el hogar. En la mitad de los casos, antes del diagnóstico de anemia, las parejas habían decidido que las madres no trabajen para dedicarse al cuidado de los hijos.

Se atraviesan momentos para dar respuesta al por qué de la anemia, asociándolo con la alimentación que las madres tuvieron en la gestación y aquella brindada a los hijos, en cualquiera de esas situaciones se encuentra un sentimiento de culpa. La reflexión sobre las prácticas alimentarias, como la exclusión de alimentos ricos en hierro debido al rechazo de algún familiar, se confronta con la valoración de estar brindando una alimentación adecuada, debido al peso y estado activo de los hijos.

Las prácticas alimentarias de las madres se basan en sus costumbres, pero no siempre prevalecen debido a la opinión y hábitos de otros integrantes, en este contexto, la inclusión de alimentos ricos en hierro, es el primer cambio decidido por las madres, basado en las recomendaciones del personal de salud, sin embargo, ese cambio no persiste en la actualidad. En este proceso destaca el papel central de las madres respecto del resto de la familia, como evidencia de la diferencia en los roles de género que coloca solo a la madre en el ámbito doméstico.

2. La participación de los miembros de la familia en el proceso de alimentación es limitada y contrasta con el rol activo de las madres, manteniendo la organización anterior al diagnóstico de anemia, por ello, la mayor parte de funciones en el proceso de recuperación de los niños también son ejercidas por las madres .

Las madres son las únicas con funciones claras durante el proceso alimentario antes y después del diagnóstico de anemia. El rol activo de las madres, en su condición de mujer ligada a la maternidad, y la participación limitada del resto, evidencia las diferencias en el aporte de cada integrante en la recuperación del niño.

Las madres participan activamente en todas las etapas del proceso alimentario: compra, preparación, distribución y consumo de alimentos. En la compra hay influencia de consejos prioritariamente de mujeres fuera del núcleo familiar (suegra, mamá, vecinas, vendedoras de productos cárnicos, etc), que son aceptados por las madres, siendo un punto crítico para la inclusión o no de alimentos ricos en hierro. En las demás etapas, las parejas e hijos mayores ayudan ocasionalmente en actividades que son básicamente recreativas.

Las madres perciben una marcada diferencia en la división de trabajo dentro del sistema familiar, donde el rol del padre, centrado en la provisión económica, contrasta con la responsabilidad de las madres sobre el hogar, la alimentación y la recuperación de la anemia. La interacción y relación como padres/parejas y la de hermanos, tiene relevancia en la alimentación de los hijos, dada sus intervenciones o la falta de ellas, que pueden apoyar o perjudicar el proceso.

3. Las dificultades para la adopción de cambios en la alimentación se centran en la carga emocional de las madres, que es transversal al proceso de recuperación del niño, por la responsabilidad asignada y asumida. También prevalece la actitud distante de las parejas en el proceso alimentario que va ligada a una limitada comunicación entre los padres.

El escaso involucramiento de las parejas en el proceso alimentario y poca iniciativa de participación, evidenciando problemas en la comunicación. Las diferencias que las madres perciben en las tareas domésticas y los reclamos por el diagnóstico de anemia, han desencadenado en un ambiente tenso y en algunos casos, discusiones entre padres, generando inestabilidad en el sistema familiar.

Pérdida de interés y motivación en las madres, de que sus parejas cambien de actitud, asumiendo mayor responsabilidad en la alimentación de sus hijos. Esto afecta la interacción de padres/hijos durante el acto alimentario y no propicia un ambiente que fomente el consumo. La impaciencia también afecta la alimentación, ya que las madres desean un consumo sin demora y mayores estímulos. Asimismo, la limitada participación del resto de integrantes genera aún más tensión en las madres, quienes esperan motivación para seguir con las prácticas establecidas.

Esto ha dado lugar a una carga emocional en la madres (estrés, frustración, etc), quienes están dejando de brindar alimentos ricos en hierro, afectando así la continuidad de los cambios iniciales en la alimentación.

Finalmente, aún cuando en las madres recae la responsabilidad de cuidar, alimentar y recuperar a los hijos, lo que ocurre en el entorno familiar, donde están inmersos los roles de género, las costumbres alimentarias, las diferencias en la participación de los integrantes, entre otros, será relevante en la sostenibilidad.

X. RECOMENDACIONES

- Profundizar en investigaciones sobre alimentación, centradas en la pareja, mamá, papá y otros miembros en otros contextos socioculturales, para comprender los procesos de toma de decisiones y participación del entorno familiar en otros ámbitos.
- Profundizar en investigaciones que aborden los aspectos psicológicos que puedan afectar el proceso de instauración de cambios en la alimentación, considerando el contexto familiar.
- Desarrollar investigaciones enfocadas en el rol del padre en la alimentación de los hijos, que busque conocer sus motivaciones y racionalidades sobre su paternidad.
- Considerar el uso de la Teoría Sistémica Familiar en el abordaje de otros problemas alimentario-nutricionales con el fin de hallar las principales barreras para la adopción de recomendaciones sobre alimentación saludable, permitiendo identificar figuras relevantes en el entorno del niño que puede ser clave en la mejora de prácticas alimentarias.
- Rediseñar el enfoque de atención a los niños en el ámbito alimentario, cuyos contenidos estén centrados en la familia, considerando los roles de género, la estructura y forma como está organizada cada familia.
- Implementación de programas de nutrición con enfoque familiar, instalados en instituciones educativas y programas sociales.

XI. DIFICULTADES

- La limitada disponibilidad de tiempo de algunas madres no permitió complementar información a través de una segunda visita, ocasionando que cuatro casos no fueran incluidos dentro de los resultados.
- El rechazo de las parejas a participar de las entrevistas, ya que inicialmente se buscó contar con información de la experiencia de ambos padres, sin embargo, por diversas razones, no aceptaron.
- La generación de una gran cantidad de información por cada caso implicó una alta carga en su manejo, desde el procesamiento hasta el análisis.

XII. LIMITACIONES

- La inclusión de familias con características similares no permitió explorar una mayor diversidad de contextos familiares, ya que la muestra fue por conveniencia, para incluir solo aquellos casos que ofrecieron accesibilidad completa a la información, uno de los requisitos para la inclusión de un caso.
- El uso de una sola fuente de evidencia, a través de las entrevistas en profundidad a las madres responsables de la alimentación, no ha permitido obtener mayor y relevante información, que aporte a nuevos conocimientos en relación al tema de alimentación y anemia desde la perspectiva de los padres o de otros miembros de la familia.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Martins J, De La Ó Ramallo M. Desarrollo Infantil: análisis de un nuevo concepto. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015;23(6):1097-104
2. Indicadores de Resultados de los Programas Estratégicos 2007- 2014 Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), 2015.
3. Ríos G, Anemia y Alimentación: Percepciones de madres y abuelas cuidadoras de niños menores de 3 años en una zona urbano marginal de Lima. III Congreso Nacional de Investigadores de antropología del Perú. 2001.
4. Niveles socioeconómicos. Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados, 2015.
5. Pollit E. Iron Deficiency and Cognitive Function. Rev. Nutr. 1993; (13): 530- 535.
6. Radlowski E, Rodney W, Perinatal iron deficiency and neurocognitive development. Journal List Front Hum Neuros, 2013; 7: 585.
7. Alcázar L. Impacto Económico de la Anemia en el Perú. GRADE y Fundación Acción Contra El Hambre 2012:86.
8. Evolución de la Anemia en la Población Infantil 2007-2015. Reporte de Seguimiento Concertado a la Nutrición Infantil-2015-1-MCLCP.
9. Grantham S, Baker H, Carencia de hierro en la infancia: Causas y consecuencias para el desarrollo infantil. Ann Nestlé [Esp] 2010; 68:105–119.
10. Velásquez J, Rodríguez Y, Gonzáles M, Astete L, Loyola-Romaní J, Vigo WE. Factores asociados con anemia en niños menores de tres años en el

- Perú: Análisis de ENDES 2007-2013. Revista del INS Biomédica. 2016; 36 (2):226-228.
11. Rodríguez Y, Gutierrez E, Aparco J, GómezSánchez I, Fiestas F. Anemia en la población infantil del Perú. Aporte clave para su afronte. Lima: INS-UNAGESP, 2014.
 12. Sammartino G. Representaciones culturales acerca de la anemia y la suplementación con hierro. Archivos argentinos de Pediatría 2010; 108(5): 402-407.
 13. Porroa P, Quintana-M. An Facultad de Medicina. Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima 2010;71(3):179-83.
 14. Cisneros E, Vallejos Y. Efectividad del Programa Educativo en Conocimientos, Prácticas, Actitudes sobre Alimentación Complementaria de madres con niños de 6-24 meses. REQUE -2014.
 15. Márquez J. Nivel de conocimientos sobre la Anemia Ferropénica que tienen las madres de niños de 1 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Micaela Bastidas, 2007.
 16. Céspedes M. Conocimientos sobre la anemia y las prácticas alimenticias que tienen las madres para la prevención de la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses. Centro de Salud Materno Infantil. Tablada de Lurín 2010.
 17. Anemia por deficiencia de hierro y suplementación con multimicronutrientes en niños y niñas de 6 a 35 meses de edad. Huanta - Ayacucho. Fundación Acción Contra el Hambre- CESAL 2012.

18. Alvarez G, Huamaní E, Montoya C. Prácticas de alimentación y su relación con la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses. Centro de Salud Materno Infantil Zapallal de Puente Piedra, 2016. Tesis para Licenciatura, Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2017.
19. Carpio K, Flores N. Frecuencia de anemia ferropénica y factores de riesgo asociados en niños que acuden a consulta externa en la Fundación Pablo Jaramillo Cuenca-Ecuador 2014. Tesis para Licenciatura. Universidad de Cuenca. 2015.
20. López- Huamanrayme E, Atamari-Anahui N. Prácticas de alimentación complementaria, características sociodemográficas y su asociación con anemia en niños peruanos de 6 a 12 meses (2017). Rev Habana Ciencias Médicas. 2019; 18,5.
21. Yucra R. Alimentación complementaria y su relación con los niveles de hemoglobina en niños de 6 a 12 meses en el Establecimiento de Salud I-3 CLAS Atuncolla. Puno. Universidad Nacional del Altiplano. 2014.
22. Brito E. Prácticas de alimentación complementaria de las madres y anemia en lactantes de 6 a 11 meses en el consultorio de CRED del Puesto de Salud Profram, Santa Rosa, 2017. Tesis para segunda especialidad. Lima 2018.
23. Bravo R. Anemia Ferropénica y alimentación complementaria en niños de 6 a 12 meses de edad que acuden al Puesto de Salud de Colquepata. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cuzco. 2016.
24. Sedano. M. Nivel de conocimiento de las madres sobre anemia ferropénica y prácticas alimenticias relacionado con la prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses en el puesto de salud. Cocharcas 2017.

25. Céspedes Sotelo, M. Conocimientos sobre la Anemia y las prácticas alimenticias que tienen las madres para la prevención de la Anemia Ferropénica en niños de 6 a 24 meses. Centro de Salud Materno Infantil Tablada de Lurín, 2010. Tesis para Licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima.
26. Ramos Torrejón, K. Medidas Preventivas que realizan las madres sobre Anemia Ferropénica en niños de 6 meses a 2 años de edad Centro de Salud "Santiago Apóstol", Comas, 2016. Tesis para Licenciatura, Universidad Privada San Juan Bautista, Escuela Profesional de Enfermería, Lima. 2017.
27. Cornejo Cari, C. Conocimientos y prácticas sobre prevención de la Anemia Ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses de un Centro de Salud Lima, 2015. Tesis para Licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. 2016.
28. Galindo Bazalar, D. Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud Nueva Esperanza, 2011. Tesis para Licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Escuela Académico Profesional de Enfermería, Lima. 2012.
29. Ramos Galindo, R. Conocimiento y prácticas maternas para prevenir anemia en niños menores de 3 años, Centro de Salud Jaime Zubieta, 2018. Tesis para Licenciatura, Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas, Lima. 2018.
30. Palacios Cardoza C. Prácticas en prevención de anemia en madres de niños de 6-36 meses. Centro de Salud Materno Infantil de Castilla, 2019. Tesis para Licenciatura, Universidad Nacional de Piura. 2019.

31. Huamán D. Vera R. Representaciones sociales sobre la alimentación complementaria en madres de niños menores de 2 años en Yanacancha - Cerro de Pasco, 2012.
32. Portugal T, Yon C, Vargas R. Los Restos para enfrentar la desnutrición infantil: “Saber y no poder”. Un estudio de caso en Vilcashuamán (Ayacucho). Instituto de Estudios Peruanos. 2016.
33. Hancoccallo Pacco, M. Nivel de Conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de Anemia Ferropénica en niños menores de 5 años de las madres que acuden al Centro de Salud "Miguel Grau", Lima, 2014. Tesis para Licenciatura, Universidad Peruana Unión, Lima. 2015.
34. Miranda J. Ordoñez R. Experiencias de las madres en la alimentación de sus niños de 6 a 11 meses con anemia. Centro de Salud San José. 2017. Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. 2018.
35. Hito E. Representaciones sociales de las prácticas alimentarias en las madres de los niños menores de tres años de la comunidad campesina de Pucará-Puno.
36. Vargas H. Tipos de Familia y ansiedad y depresión. Revista Med Hered. 2014; 25:57-59.
37. Cuba M, Jurado A, Romero Z, Cuba M. Características familiares asociadas a la percepción de la calidad de vida en pobladores de un área urbano-marginal en el Distrito de Los Olivos, Lima. Rev Med Hered. 2013; 24:12-16.
38. Plan Operativo Anual 2017 DISA IV Lima Este.
39. Plan Integral de Desarrollo del Distrito de Santa Anita, 2014.

40. Perfiles Zonales de la Gran Lima. Ipsos Apoyo y Marketing. 2012.
41. INEI. Encuesta Nacional de Uso del Tiempo. 2019.
42. García M, Pardío J, Arroyo P. Dinámica familiar y su relación con hábitos alimentarios Estudios sobre las Culturas Contemporáneas. 2008
43. Franco S. Aportes de la Sociología al estudio de la Alimentación Familiar. Manizales 2010. Revista Luna Azul. 31: 140-152.
44. Barragán A. Prácticas y representaciones en la carrera curativa del dolor crónico. Nueva época /Salud Problema; 2012; 7: 12-13.
45. Restrepo M, Gallego, M; “La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar. Un acercamiento a la cotidianidad”. En: Boletín de Antropología Universidad de Antioquia; 2005; 19 (36): 128.
46. Domínguez-Vásquez P, Olivares S, Santos JL. Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. Archivos latinoamericanos de Nutrición; 2008; 58(3).
47. Alimentación y Nutrición del Niño pequeño. Memoria de la reunión subregional de los países de Sudamérica. OPS. Lima, Perú. 2008.
48. Wiesing, L. De las condiciones de posibilidad a las consecuencias de la Realidad. Sobre fenomenología de la percepción. Azafea, Revista de Filosofía. Universität Jena. Traducción de Reynner Franco. Salamanca; 2011.
49. Black MM, Creed-Kanashiro HM. ¿Cómo alimentar a los niños? La práctica de conductas alimentarias saludables desde la infancia. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2012; 29(3):373-8.

50. Branco T. Moreira V. A Lente da Fenomenologia de Merleau-Ponty para a Psicopatologia Cultural. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*; 2014; 30(2): 205-212.
51. Carrasco N. Desarrollos de la antropología de la alimentación en América Latina: hacia el estudio de los problemas alimentarios contemporáneos. Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo. 2006.
52. Contreras J, Armaiz M. Alimentación y Cultura. Perspectivas antropológicas. *Investigaciones sociales*. Barcelona 2005:388-389.
53. Mamani E. Relación de las prácticas alimentarias de las madres con el estado nutricional de los niños y niñas en la etapa preescolar y escolar de Aldeas Infantiles SOS. Juliaca; 2014.
54. García C. Tesis “Prácticas de Alimentación Complementaria en niños menores de 1 año de edad, de la Comunidad El Tablón del Municipio de Sololá”, Quetzaltenango 2011.
55. Zamora Y. Ramírez E. Conocimiento sobre alimentación infantil y prácticas alimentarias de madres con niños de 1 a 2 años de edad. *Enferm. investig. desarro.* 2013; 11(1): 38-44.
56. Carrasco N, Vega S; Evaluación de la situación de la lactancia materna y alimentación complementaria en el Perú; 2001.
57. Dueñas L. García E. El estudio de la cultura de participación, aproximación a la demarcación del concepto. *Razón y Palabra*. Primera revista electrónica en América Latina especializada en comunicación 2012. 80: 3-14.
58. Fairlie A, Frisancho D. Teoría de las interacciones familiares. *IPSI Revista de Investigación en Psicología* 1998; 1(2): 41 – 74.

59. Muñoz A. La familia como contexto de desarrollo infantil. Dimensiones de análisis relevantes para la intervención educativa y social. 2005; (5): 147-163.
60. Quintero Á. Alimentación familiar: una mirada a la cotidianidad en un barrio de clase media en Cali (Colombia) Revista Sociedad y Economía; 2008 (14): 60-81.
61. Gallego A. Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. Rev Virt Universidad Católica del Norte. 2012; 35.
62. García, M. Construcción de la realidad, Comunicación y vida cotidiana – Una aproximación a la obra de Thomas Luckmann. São Paulo 2015; 38(2): 19-38.
63. Berger, P; Luckmann, T. La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu, [1967] 1993.
64. Sánchez Llanza J. La Dinámica Familiar en la anorexia nerviosa: Un enfoque sistémico. Universidad de la República. Uruguay. 2015. 11-17.
65. Vásquez Garibay E, Gonzáles Rico J. Consideraciones sobre la dinámica familiar y el síndrome de la mala nutrición en niños mexicanos. Gac Med Mex. 2015; (151): 788-97.
66. Pérez M, Almonte C. Concepción sistémica de las interacciones familiares. Revista Trabajo Social. Pontificia Universidad Católica de Chile. (55); 1988.
67. Ortiz D, La terapia familiar sistémica. Universidad Politécnica Salesiana. 2008.

68. Vega Pasquín T, "Familia, educación y género. Conflictos y controversias". Trabajo fin de Máster. Género, Identidad y Ciudadanía. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Cádiz. 2014/ 2015.
69. Hincapié García A. Revisiones críticas al concepto de género. Apuntes para la teoría social contemporánea. Universidad San Buenaventura. Revista Universitas Humanística 2015; (79).
70. Hardy E, Jiménez A. Políticas y Estrategias en Salud Pública. Rev Cubana Salud Pública 2001; 27(2):77-88.
71. López Pardina T, Beauvoir, la filosofía existencialista y el feminismo. Intituto de Investigaciones Feminista. 2009; 99-106.
72. Laserna Estrada C. Reseña de Feminismo para principiantes de Nuria Varela. Universidad Colegio Mayor de Cundimarca. Bogotá, Colombia. Revista de Humanidades Tabula Rasa. 2007.
73. Villarreal-Zegarra, D., Paz-Jesus, A. Terapia familiar sistémica: Una aproximación a la teoría y la práctica clínica. Interacciones, 2015. 1(1), 45-55.
74. Parra V, Zavala D. Familia: Cristalización de las Dinámicas del Poder. Univ Chile. 2004.
75. Díaz C, Gómez C. Sociología y Alimentación. Universidad de Oviedo y UNED. Rev Int de Soc (RIS) 2005; 40(3): 21-46.
76. Kazez R. Los estudios de casos y el problema de la selección de la muestra Aportes del Sistema de Matrices de Datos. Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos 2009; 13 (1): 71-89.

77. Rowley J. Using Case Studies in Research. *Management Research News* 2002; 25 (1).
78. Robles B, La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropofísico Cuicuilco 2011; 52(18): 39-49.
79. Osorio J, Weisstaub G. Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. [en línea]. *Revista chilena de nutrición* 2002; 29 (3).
80. Izquierdo L, Zicavo N. Nuevos padres: Construcción del rol parental en hombres que participan activamente en la crianza de sus hijos. *Revista IIPSI* 2015; 18 (2).
81. Escobar R, Cabrera M. Prácticas y significados de la paternidad en relación a la alimentación infantil. *Rev Chil Nutr* 2018; 45 (3): 243-251.
82. Pérez-Gil S, Gracias-Arnaiz M. Mujeres in(visibles): género, alimentación y salud en comunidades rurales de Oaxaca. *Antropología Médica* 2010. 2013; 135-146.
83. Pérez-Gil, Diez-Urdanivia S. Estudios sobre alimentación y nutrición en México: una mirada a través del género. *Salud Pública Mex.* 2007; 49: 445-453.
84. Bartolini R. Motivaciones y percepciones sobre las prácticas de alimentación infantil. 2011. 63.
85. Aubel J. The role and influence of grandmothers on child nutrition: culturally designated advisors and caregivers. Blackwell Publishing Ltd *Maternal and Child Nutrition* 2012. (8): 19–35.

86. Altrena G. y Martins S. Rol of social support in improving infant feeding practices in Western Kenya: a quasi- experimental study. *Global Health: Science and Practice* 2016, 1(4): 56-66.
87. Moreno A. Relaciones de género, maternidad, corresponsabilidad familiar y políticas de protección familiar en España en el contexto europeo. Univ. Valladolid. Dpto Sociología y Trabajo Social 2010; 75-95.
88. Bilal S, Spigt M. Father's perception, practice and challenges in young childcare and feeding in Ethiopia. *Food and Nutrition Bulletin* 2016; 37(3): 329- 339.
89. McBride B, Brown G. Paternal Identity, Maternal Gatekeeping and Father Involvement. *Family Relations* 2005; 54 (3):361-370.
90. Charles P, Spielfogel J. Disagreement in Parental Reports of Father Involvement. *J Fam Issues* 2018; 39(2):328–351.
91. Moyo S, Schaay N. Father perceptions and personal experiences of complementary feeding of children 6 to 23 months in South Western Zimbabwe. *World Nutrition* 2019; 10(3): 51-66.
92. Perry A, Rollins A. Mothers' and Fathers' Report of Coparenting Relationship Quality, Attitudes Toward Father Involvement, and Paternal Prioritized Roles. *Urban Social Work* 2017; 1(2).
93. Jonesa A, Cruz Y. Heavy agricultural workloads and low crop diversity are strong barriers to improving child feeding practices in the Bolivian Andes. 2012; 75(9): 1673–1684

XIX. ANEXOS

Anexo1. Consentimiento Informado

Investigador: Ana María, Huapaya Montoya

Título: “EXPERIENCIAS DE LAS MADRES SOBRE LA ALIMENTACIÓN DE SUS NIÑOS CON ANEMIA NUTRICIONAL. SANTA ANITA - 2018”

Propósito del Estudio:

Le invitamos a participar en el estudio de investigación llamado: “Experiencias de las madres sobre la alimentación de sus niños con anemia nutricional. santa anita - 2018”. Estoy realizando este estudio para conocer la participación de la familia en la alimentación del niño o niña de 6 a 35 meses de edad con anemia. La anemia produce un impacto negativo en la vida de los niños, afectando su desarrollo cerebral el cual trae consecuencias como un menor desempeño escolar, repetición de grados y deserción en la escuela; en este ámbito la familia juega un papel importante en la alimentación y el cuidado de los niños/as.

Procedimientos:

Si usted desea participar en este estudio se realizarán las siguientes actividades:

1. Visita a su domicilio para conocer de cerca la alimentación del niño/a con anemia.
2. Entrevista acerca de cómo se organizan y participan en la alimentación del niño/a con anemia, la cual será grabada y usted deberá responder las preguntas indicadas por el investigador. La entrevista durará entre 1 a 2 horas. Se realizará una visita, y sólo en caso sea necesario se irá por segunda vez a su domicilio para completar alguna información que faltase.

Riesgos del Estudio

El estudio no representará riesgo alguno para Ud. o para el niño/a, sin embargo, si tiene alguna incomodidad comunicarlo de inmediato.

Beneficios:

Se brindará información acerca de la alimentación adecuada para su niño una vez culminada la(s) entrevista(s). Además, se le informará de manera personal y confidencial de los resultados que se obtengan de la entrevista realizada. Es importante señalar que su participación contribuirá a mejorar los conocimientos en el campo de la salud y nutrición en relación a la anemia.

Costo e incentivos:

Usted no deberá pagar por participar en el estudio, además no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad:

Toda la información brindada será guardada con códigos y no con nombres. No se mostrará en ninguna parte alguna información que permita la identificación de los nombres de las personas que participan en el estudio. La transcripción de las entrevista estará guardada con una contraseña.

Derechos del paciente:

Si usted desea participar en el estudio, puede retirarse en cualquier momento que desee, o no participar en el estudio sin que eso signifique problema alguno para usted. Si tiene alguna duda adicional puede comunicarse con la Lic. Ana María Huapaya Montoya [REDACTED]

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar a la Dra. Frine Samalvides Cuba, Presidente del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, al teléfono 01- 3190000 anexo 2271.

CONSENTIMIENTO

He sido informado/a del objetivo del estudio, de cómo se va a recolectar la información y su confidencialidad. Estoy enterado/a también que puedo decidir no participar y puedo retirarme del estudio en el momento que lo considere necesario, sin que esto represente alguna consecuencia negativa para mí. Por lo cual ACEPTO voluntariamente participar en el estudio.

Participante:

Nombre:

DNI:

Fecha:

Testigo:

Nombre:

DNI:

Fecha:

Investigador:

Nombre:

DNI:

Fecha:

Anexo 2. Guía de Entrevista en Profundidad

Estudio: “EXPERIENCIAS DE LAS MADRES SOBRE LA ALIMENTACIÓN DE SUS NIÑOS CON ANEMIA NUTRICIONAL. SANTA ANITA - 2018”

Objetivo: Describir las experiencias en la alimentación del niño/a de 6 a 35 meses de edad con anemia nutricional en el entorno familiar desde la perspectiva de las madres responsables de la alimentación.

Fecha de Entrevista: _____ Código: _____

Entrevistador: _____ Hora: _____

¿Qué edad tiene su niño?

¿Cómo le va en la alimentación del niño?

¿Cómo participa cada miembro de la familia en la alimentación del niño?

¿Cómo se organiza la familia para participar en la alimentación del niño? (para las compras/preparación)

¿Cuáles son las estrategias para brindar y/o mejorar la alimentación del niño?

¿Con quién/es conversa sobre la alimentación del niño (compras, preparación)?

¿A quién pide consejos/sugerencias para mejorar la alimentación del niño? ¿Por qué?

¿Quiénes intervienen en las decisiones sobre la alimentación?

¿Cómo se decide sobre la alimentación del niño?

¿Qué problemas se presentan para tomar decisiones sobre la alimentación? ¿Por qué?

¿Qué problemas tienen los miembros de la familia para colaborar con la alimentación? ¿Por qué?