

Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios

Mexican Journal of Eating Disorders

<http://journals.iztacala.unam.mx/>

ARTÍCULO ORIGINAL

Eating difficulties in early childhood and its relation to parental feeding practices

Dificultades de alimentación en la primera infancia y su relación con las prácticas parentales de alimentación

Laura Andrea Castaño Tobón, Mariana Molano Vargas, María Teresa Varela Arévalo

Grupo de Investigación Salud y Calidad de Vida, Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido: 12 de mayo de 2017

Revisado: 28 de julio de 2017

Aceptado: 21 de febrero de 2018

Título corto: Eating difficulties and parental feeding practices

Autora de correspondencia: mtvarela@javerianacali.edu.co (M. T. Varela)

Conflicto de intereses: Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

Abstract

The objectives of this study were to describe the feeding practices of parents who have children in early childhood, as well as to compare those parents of children with and without feeding difficulties (FD). Participants were 93 fathers/mothers between 20 and 44 years old, 33 of them had children with FD. The fathers/mothers completed the feeding section of the Parenting Practices Questionnaire to promote Early Childhood Health Habits (PCHS, for its acronym in Spanish), which assess responsive, non-responsive, indulgent and negligent practices; in addition, they answered eight questions aimed at investigating the context of child feeding. Most of parents reported using responsive practices (monitoring, setting limits and modeling); however, parents of children with FD also highlighted the use of non-responsive practices (e.g., pressure or nagging their children to eat), indulgences (e.g., feeding the child in the place the child chooses) and negligent (e.g. leave the child alone at the time of eating). The results base that interaction in feeding situations is as important as the quality and quantity of food consumed by the child, making it possible to visualize the problem of FD in early childhood.

Keywords. Feeding; Early childhood; Parenting; Parental feeding practices; Feeding difficulties

Resumen

Los objetivos de este estudio fueron describir las prácticas de alimentación de padres que tienen hijos en la primera infancia, así como comparar entre aquellos padres de hijos con y sin dificultades de alimentación (DDA). Participaron 93 padres/madres de entre 20 y 44 años de edad, 33 de los cuales tenían hijos con DDA. Los padres/madres completaron el apartado de alimentación del Cuestionario de Prácticas de Crianza para promover Hábitos de Salud en la primera infancia (PCHS), que evalúa las prácticas responsivas, no responsivas, indulgentes y negligentes; además de ocho preguntas dirigidas a indagar el contexto de alimentación del niño. La mayoría de los padres reportó utilizar prácticas responsivas (monitoreo, establecimiento de límites y modelamiento); sin embargo, en los padres

de niños con DDA además destacó el empleo de prácticas no responsivas (e.g., presionar o regañar al niño para que coma), indulgentes (e.g., darle la comida en el lugar que el niño elija) y negligentes (e.g. dejar solo al niño al momento de comer). Los resultados fundamentan que la interacción en las situaciones de alimentación es tan importante como la calidad y cantidad de alimentos que el niño consume, permitiendo visibilizar la problemática de las DDA en la primera infancia.

Palabras clave. Alimentación; Primera infancia; Crianza; Prácticas parentales de alimentación; Dificultades de alimentación.

INTRODUCCIÓN

La alimentación es uno de los principales determinantes de la salud del ser humano, repercute en los diferentes contextos que lo rodean y se relaciona con una vida sana y activa. A nivel internacional se habla de un incremento en el número de casos de desnutrición, sobrepeso y obesidad en niños que se encuentran en la primera infancia (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014). Específicamente en Colombia, la prevalencia del sobrepeso y la obesidad, así como de los indicadores de desnutrición crónica o retraso en talla han aumentado en los últimos años, según la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional 2010 (Profamilia, Instituto Nacional de Salud, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Ministerio de la Protección Social, 2011).

En el proceso de alimentación influyen múltiples factores, entre los que se encuentran los determinantes siguientes: biológicos, como el hambre y el apetito; determinantes personales, como las preferencias; económicos, como el costo y los ingresos, que afectan el acceso a los alimentos; de disponibilidad, según la región geográfica; y socioculturales, como las tradiciones y los aspectos familiares, que influyen en los patrones de alimentación, las actitudes hacia la comida, las creencias y los conocimientos sobre nutrición, entre otros (Belalcázar y Tobar, 2013).

La alimentación se ha convertido en un tema de creciente importancia, donde la nutrición y las prácticas adecuadas de alimentación tienen un papel fundamental sobre el estado de salud (OMS, 2003). Si bien la alimentación constituye una necesidad presente durante todo el ciclo vital, dada su influencia en el desarrollo de capacidades cognitivas y motoras, así como en el desempeño futuro del individuo, los programas

de intervención han focalizado su atención en los niños, desde la lactancia hasta la primera infancia, puesto que es en los primeros años de vida cuando empiezan a construirse los patrones alimentarios y a adoptarse conductas que podrán permanecer hasta la edad adulta (Bernal y Camacho, 2010).

La alimentación en la primera infancia supone un proceso que implica la participación de dos o más actores (el niño y los adultos que lo acompañan), a partir de la interacción entre quien recibe la comida y quien la ofrece (Chatoor, 2004). Proceso al que está supeditada la ingestión de los diferentes nutrientes que contienen los alimentos que componen la dieta. Por tanto, la nutrición depende del proceso de alimentación y éste –a su vez– de la interacción adecuada a la situación. Los padres tienen a su cargo la responsabilidad de proveer a sus hijos alimentos nutritivos y variados, estructurar los horarios y los tiempos de comida, así como generar un ambiente que facilite la alimentación, y esto especialmente en los primeros años de vida, considerando que la familia constituye el contexto primario de socialización (Vásquez-Garibay y Romero-Velarde, 2008). Sin embargo, dicha responsabilidad puede generar en los padres malestar emocional y dificultades en el vínculo con sus hijos, cuando la situación de alimentación (SDA) no se logra o es tensa.

El concepto *estilos parentales de alimentación* refiere al clima emocional en el que los diferentes tipos de interacciones o comportamientos característicos de la alimentación toman lugar. En tanto que el concepto *prácticas parentales de alimentación* (PPA) ilustra las estrategias específicas o comportamientos de los padres para facilitar o limitar la ingesta de alimentos. Prácticas que pueden variar de acuerdo a las preocupaciones de

los padres frente a la alimentación del niño, o conforme a los estilos de crianza o de alimentación que hayan adoptado (Blissett, 2011).

Las PPA, como estrategias conductuales específicas, le permiten al cuidador controlar qué, cuándo o cuánto deben comer los niños. Estas prácticas pueden ser responsivas, no responsivas, indulgentes o negligentes. Las responsivas (también denominadas autoritativas o con autoridad) implican sensibilidad por parte de los padres para identificar las señales de hambre y saciedad de los niños, además de exigir y vigilar que el comportamiento alimentario de estos sea acorde a las reglas establecidas. Las prácticas no responsivas (o autoritarias) se caracterizan por un control excesivo de la SDA por parte de los padres. Las prácticas indulgentes (o permisivas) son aquéllas en las que hay un bajo nivel de control sobre la alimentación por parte de los padres y permisividad frente al comportamiento alimentario del niño. Por último, las prácticas negligentes se caracterizan por un bajo involucramiento de los padres en la SDA del niño (Hurley, Cross y Hughes, 2011; Varela, Duarte, Benavidez y Tenorio, 2013).

Dentro de las prácticas responsivas pueden mencionarse el monitoreo o la vigilancia del patrón de ingesta, el establecer límites con niveles de control adecuados, el modelamiento, la disposición de alimentos saludables en el hogar, el reforzar –material y socialmente– los hábitos alimentarios saludables, el promover una gran variedad de experiencias con alimentos y el estimular a comer saludablemente (Anzman, Rollins y Birch, 2010; Arredondo et al., 2006; Domínguez-Vásquez, Olivares y Santos, 2008; Gubbels et al., 2011; Hurley et al., 2011; Patrick, Nicklas, Hughes y Morales, 2005). En las prácticas no responsivas pueden incluirse la presión excesiva para comer (e.g., amenazar, sobornar), el restringir el acceso a ciertos alimentos y el usar la comida como castigo o recompensa. Por su parte, en tanto prácticas indulgentes, el bajo apoyo, exigencia o control de la SDA, así como la disposición de alimentos poco saludables en el hogar. Finalmente, en cuanto a las prácticas negligentes, el no involucrarse en la SDA es la más frecuente (Anzman et al., 2010; Cortés y Avilés, 2011; Fernández, 2010; Gubbels et al., 2011; Hoerr

et al., 2009; Hurley et al., 2011; Patrick et al., 2005; Tan y Holub, 2011).

Por tanto, las prácticas que los padres o cuidadores realicen para lograr que el niño ingiera los alimentos necesarios influyen poderosamente en su proceso de alimentación, de modo que las dificultades o alteraciones que se presenten en el niño, podrían tener su origen (o ser mantenidas) en la interacción del niño con el cuidador (Chatoor, 2004; Ortiz, 2011).

Las dificultades de alimentación (DDA) que se presentan en niños son heterogéneas y pueden incluir una gran variedad de problemas médicos, orales, motores y conductuales (Williams, Field y Seiverling, 2010). Algunos estudios indican que las DDA que aparecen de manera temprana están asociadas con ansiedad, problemas conductuales y trastornos alimentarios en la infancia tardía y la adolescencia, sin embargo existe evidencia contraria (Chatoor y Ganiban, 2003; Hafstad, von Soest y Torgersen, 2013). Dichas dificultades refieren a aquellos problemas que afectan de forma negativa el proceso en el que los padres o los cuidadores le proveen y le facilitan alimento al niño pequeño (Chatoor, 2009; Lucarelli, Cimino, D'Olimpio y Ammaniti, 2013). Kerzner (2009) propone clasificar las DDA más comunes en la primera infancia de la siguiente manera: apetito limitado (que incluye cuatro subtipos: niño normal con percepción errónea de pobre apetito por parte de los cuidadores, niño vigoroso con poco interés por la comida, niño deprimido con poco interés en la comida, y niño con poco apetito causado por enfermedad orgánica), ingesta altamente selectiva, llanto que interfiere con la ingesta y miedo a comer.

Respecto a este tipo de DDA se han llevado a cabo pocos estudios en el mundo, y son aún más escasos los que han explorado las PPA en niños que presentan estas dificultades (Taylor, Wernimont, Northstone y Emmett, 2015), siendo ésta una problemática subdiagnosticada. En Colombia no se encuentra reporte de algún estudio sobre el tema. A partir de lo anterior, el presente estudio tuvo como objetivos describir el contexto en el que se presenta la alimentación de los niños, así como describir y comparar las PPA de padres de niños con y sin DDA. Esto con el fin de visibilizar la

problemática que representan estas dificultades en la primera infancia, aportando información que permita comprender y prevenir el fenómeno.

MÉTODO

Participantes

La población estuvo conformada por madres y padres de niños entre uno y cinco años de edad residentes en la ciudad de Cali, Colombia. Como criterios de inclusión, los padres debían ser mayores de edad y comparar al menos una comida al día con su hijo. Como criterio de exclusión se estableció el no saber leer ni escribir. El tamaño de muestra fue calculado mediante la fórmula para estudios transversales del programa EPIDAT (versión 3.1); para ello, se asumió como “variable resultado” la PPA responsiva, considerando que la proporción de padres con este estilo de crianza es cercana al 94% (Varela et al., 2016), con un nivel de significancia del 5%, un nivel de confianza del 95% y un ajuste por pérdidas del 10%.

Los participantes fueron seleccionados a partir de un muestreo no probabilístico de sujetos-tipo. De esta manera, la muestra quedó conformada por 93 madres/padres (86% fueron mujeres), divididos en dos grupos: 33 tenían hijos con DDA (ConD) y 60 tenían hijos sin DDA (SinD), obteniendo una proporción de 1:2. La edad de los adultos fluctuó entre 20 y 44 años ($M = 33.60$, $DE = 5.27$), provenían de diferentes zonas de la ciudad y pertenecían a los diferentes niveles socioeconómicos, según clasificación del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2015), aunque 77% correspondió al nivel medio-alto. Con respecto a su ocupación, en el momento de la evaluación la mayoría eran empleados (38%) o trabajaban de forma independiente (41%) y, en cuanto al nivel educativo, la mayoría contaban con estudios de pregrado (45%) o postgrado (41%). Con relación al estado civil, la mayor parte se encontraba casados o viviendo en unión libre (81%). En general, las características sociodemográficas de ambos grupos fueron similares. En cuanto a los niños, 47% eran hombres y 53% mujeres, con edades entre

uno y cinco años ($M = 3.20$, $DE = 1.06$). Todos asistían a guarderías, jardines infantiles o colegios de la ciudad.

Consideraciones éticas

Este estudio cumplió con las normas éticas de investigación con humanos a nivel internacional y en Colombia, tomando en consideración la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013), la Resolución 8430 del Ministerio de Salud (1993) para la investigación en salud en Colombia, y la Ley 1090 (Congreso de la República, 2006) que reglamenta, entre otras, la investigación psicológica en el país. Además, de manera previa a la evaluación realizada, todos los participantes recibieron información acerca del estudio, aceptaron participar voluntariamente y firmaron el formato de consentimiento informado.

Instrumento

Para evaluar las PPA fue utilizado el apartado de alimentación del Cuestionario de Prácticas de Crianza para Promover Hábitos de Salud en la primera infancia (PCHS; Varela et al., 2013). Es un cuestionario de autoinforme compuesto por 90 preguntas que evalúan los cuatro tipos de prácticas de crianza (responsivas, no responsivas, indulgentes y negligentes) en relación con los hábitos alimentarios, la actividad física y el consumo de entretenimiento digital. Instrumento que ha mostrado contar con adecuada consistencia interna (α de Cronbach = .83). Específicamente el apartado de alimentación del PCHS está compuesto por 40 preguntas tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, que van desde *siempre* = 4 hasta *nunca* = 1. Las PPA responsivas que evalúa son el monitoreo o la vigilancia del patrón de ingesta diario, el establecer límites con niveles de control adecuados, el modelamiento, la disposición de alimentos saludables en el hogar, el reforzar –material y socialmente– los hábitos saludables de alimentación, el promover gran variedad de experiencias con alimentos y el estimular a comer saludablemente. Las prácticas no responsivas incluyen la presión excesiva para comer, el restringir el acceso a ciertos alimentos y el usar la comida como castigo o

recompensa. Las prácticas indulgentes comprenden el bajo apoyo, exigencia y control de la situación de alimentación, y la disposición de alimentos poco saludables en el hogar. Por último, las prácticas negligentes abordan la ausencia de involucramiento del padre/madre en la SDA. Adicionalmente, el cuestionario indaga sobre los datos sociodemográficos de los padres y sus hijos, a través de 13 preguntas tipo encuesta.

Para los fines de este estudio, al PCHS se le agregó un apartado con ocho preguntas (algunas tipo Likert y otras tipo encuesta) para describir el contexto de alimentación del niño, indagando acerca de las características de las SDA y las respuestas típicas del niño frente a ellas (e.g., los lugares en los que come el niño, quiénes están presentes en cada comida, cuáles son las funciones que cumplen quienes lo acompañan durante las comidas, objetos presentes en las situaciones de alimentación, comportamientos del niño más frecuentes). Dichas preguntas fueron construidas con base en estudios previos (Mak et al., 2012) y fueron evaluadas por tres jueces expertos en el tema (psicóloga, pediatra y nutricionista).

Finalmente, para identificar la presencia de DDA se diseñó un listado de indicadores, siguiendo la clasificación de Kerzner (2009) antes descrita, listado que fue validado por un médico pediatra experto en alimentación infantil.

Procedimiento

Los participantes fueron contactados a través de los establecimientos educativos de sus hijos, o bien, por medio del consultorio de un pediatra especialista en inapetencia infantil, quien forma parte del equipo de investigación. En todos los casos, la aplicación del PCHS se realizó de manera individual en una sola sesión. Para la identificación de los niños con DDA, y su clasificación, el pediatra aplicó el listado de indicadores; cuando esto no fue posible, dicha labor fue realizada –previo entrenamiento por parte de los investigadores– por aquellos especialistas que eran parte del *staff* de los establecimientos educativos y que tenían cercanía con los procesos de alimentación de los niños.

Análisis de datos

Los resultados fueron analizados con el programa SPSS, versión 21. Se realizaron análisis descriptivos para todas las variables. Para la comparación entre los grupos, en cuanto al contexto de alimentación y las PPA, se utilizó estadística inferencial; específicamente, considerando la naturaleza categórica de las variables, fue usada la prueba no-paramétrica *Chi-cuadrada*.

RESULTADOS

Caracterización de los niños con dificultades de alimentación

El promedio de edad de los niños del grupo SinD fue 2.9 años ($DE = 0.99$), mientras que del grupo ConD fue 3.7 años ($DE = 1.05$). De estos últimos, 33% fueron clasificados con ingesta altamente selectiva ($n = 11$), 30% con apetito limitado ($n = 10$), 24% con apetito limitado e ingesta altamente selectiva ($n = 9$), 6% con miedo a la comida ($n = 2$), y un niño con ingesta altamente selectiva y miedo a la comida. Los niños que eran altamente selectivos rechazaban constantemente alimentos con determinado sabor, color, textura o apariencia, no toleraban la sustitución de sus alimentos preferidos por otros, y la variedad de alimentos que decidían consumir era restringida. Por otro lado, los niños con apetito limitado presentaron pobre apetito, estaban más atentos al entorno que al proceso de alimentación y presentaban un mínimo apetito, saciándose rápidamente.

Contexto de alimentación

El lugar utilizado con mayor frecuencia por los niños SinD y ConD fue el comedor (83% y 64%, respectivamente). Sin embargo, en el segundo grupo, la sala y la habitación también se reportan como espacios establecidos para la alimentación, identificándose una diferencia significativa entre los grupos ($\chi^2 = 4.95$, $p = .03$). Durante las principales comidas del día, en ambos grupos se señala que es la madre o el personal de las instituciones educativas quienes están presentes. En el grupo SinD, los padres percibieron que las funciones principales que cumplen durante las SDA son:

“acompañar al niño mientras come” (45%) y *“darle la comida”* (42%); mientras que en el grupo ConD fue *“supervisar que los niños coman”* (36%), encontrándose en este último aspecto diferencia significativa entre los grupos ($\chi^2 = 6.79, p = .03$). En cuanto a los objetos presentes, ambos grupos reportaron porcentajes similares con relación al televisor (45% y 51%, respectivamente); sin embargo, se identificaron diferencias respecto a la función por la que los padres dijeron permitir al niño el uso de aparatos electrónicos y/o juguetes durante las comidas: los padres del grupo SinD consideraron que dichos objetos distraen al niño para que coma, mientras que los del grupo ConD además precisaron que a partir de ello *“logran que el niño se coma toda la comida”*.

Con relación a los comportamientos que los padres identificaron como más comunes en los niños durante las SDA, destacaron los siguientes: la tranquilidad (62%) y la distracción (32%) en el grupo SinD, y la distracción (58%) y la resistencia (36%) en el grupo ConD. Fueron identificadas diferencias entre los grupos en los comportamientos siguientes: resistencia ($\chi^2 = 9.48, p = .003$), distracción ($\chi^2 = 5.91, p = .01$) y tranquilidad ($\chi^2 = 11.9, p = .001$).

Prácticas parentales de alimentación

Las PPA evaluadas fueron agrupadas según el estilo al que correspondían: responsivo, no responsivo, indulgente y negligente. Las tablas 1 y 2 presentan las prácticas reportadas por los padres de cada grupo (SinD vs. ConD).

El uso de prácticas responsivas fue reportado por la mayoría de los padres. Ambos grupos indicaron monitorear o vigilar el patrón de ingesta diario del niño, con el propósito de supervisar la cantidad de *mecato* (pequeño refrigerio que se consume entre comidas), dulces y/o postres que ingiere, o bien, los cambios en el apetito del niño; no obstante, específicamente la supervisión de la cantidad de alimentos fritos y/o comidas rápidas fue mayor en el grupo SinD ($\chi^2 = 4.27, p = .04$), ver tabla 1. Si bien ésta fue la única diferencia estadísticamente significativa identificada entre los grupos, se registraron otros datos particularmente relevantes. Por ejemplo, aunque ambos grupos de padres reportaron

establecer límites con niveles de control adecuado, casi 60% del grupo ConD permitían a sus hijos comer frente al televisor; además, pese a que la mayoría de los padres de ambos grupos reportó dar ejemplo a sus hijos comiendo saludablemente, destaca el hecho de que uno de cada cuatro dijeron consumir alimentos que no pretendían dar a sus hijos (e.g., gaseosas, dulces).

Por otra parte, en cuanto a las prácticas no responsivas, en el grupo ConD fue significativamente mayor la proporción de padres que reportó recurrir a ellas. Más específicamente, el *“presionar o regañar al niño para que coma aunque no quiera más”* estuvo más presente en los padres del grupo ConD vs. SinD ($\chi^2 = 5.74, p = .02$), ver tabla 2. Otros datos relevantes, aunque no estadísticamente significativos, son los siguientes: a. el *“uso del castigo físico cuando el niño no quiere comer”* triplicó su presencia en el grupo ConD (12.1%) vs. SinD (3.3%); b. aproximadamente la mitad de los padres de ambos grupos *“le da la comida al niño cuando se está demorando mucho”*; c. la práctica de *“esconder algunos alimentos para que el niño con los coma”* casi duplicó su presencia en el grupo de padres SinD (43.3%) vs. ConD (24.2%); y d. por el contrario, el *“ofrecer dulces para premiar al niño”* o el *“ofrecer algo diferente al niño si no come lo servido”* duplicaron su presencia en el grupo ConD (27.3% y 30.3%, respectivamente) vs. SinD (15% en ambos casos).

Con relación a las prácticas indulgentes, en general fueron reportadas por una baja proporción de padres de ambos grupos, a excepción de *“permitirle al niño ver televisión mientras come”*, la que estuvo presente en cuatro de cada 10. Además, es importante hacer notar que la presencia de dos de estas prácticas, *“permitirle al niño comer dulces cada vez que quiere”* y *“dejar al niño caminar o jugar mientras come”* casi triplicaron su presencia en el grupo ConD (6.1% y 18.2%, respectivamente) vs. Sin D (1.7% y 6.7%, respectivamente).

Finalmente, las prácticas negligentes también fueron reportadas por una baja proporción de padres de ambos grupos, sin registrarse diferencias significativas. Sin embargo, la presencia de dos de las tres prácticas evaluadas, *“dejarlo solo mientras come”* y *“delegar la alimentación del niño a otras personas”* casi triplicaron

Tabla 1. Prácticas alimentarias responsivas, comparación entre padres de niños con y sin dificultades de alimentación.

Prácticas alimentarias responsivas		Niños SinD		Niños ConD		x ²	p
		Siempre/ casi siempre %	Pocas veces/ nunca %	Siempre/ casi siempre %	Pocas veces/ nunca %		
Monitoreo o vigilancia de la ingesta diaria	Cantidad de dulces y/o postres	96.6	3.4	87.9	12.1	2.72	.11
	Cantidad de alimentos fritos y/o comidas rápidas	96.6	3.4	84.8	15.2	4.27	.05
	Cantidad de harinas	63.3	36.7	66.7	33.3	0.10	.46
	Cantidad de frutas	85.0	15.0	84.8	15.2	0	.60
	Cantidad de verduras y vegetales	78.3	21.7	69.7	30.3	0.85	.36
	Cambios en el apetito	100	0	93.9	6.1	3.72	.12
Establecer límites con niveles de control adecuados	Comer los alimentos en la mesa y no en otros lugares	88.4	11.6	78.8	21.2	1.51	.18
	Horarios definidos para comer los alimentos	91.6	8.4	84.8	15.2	1.03	.25
	No comer los alimentos frente al televisor	51.6	48.4	42.4	57.6	0.72	.26
	Comer juntos y sentados en la mesa	78.3	21.7	75.8	24.2	0.08	.48
Modelamiento	Comer saludablemente	85.0	15.0	84.8	15.2	0	.63
	Evitar consumir alimentos que no se pretende dar a los niños (e.g., gaseosas, dulces, fritos)	75.0	25.0	75.8	24.2	0.01	.53
Disposición de alimentos saludables	Frutas para que consuma en cada una de las comidas	90.0	10.0	81.8	18.2	1.27	.21
	Verduras para que consuma en cada una de las comidas	86.7	13.3	81.8	18.2	0.39	.37
Reforzar hábitos saludables de alimentación	Cuando come alimentos saludables	53.3	46.7	69.7	30.3	2.36	.12
Promover variedad de experiencias	Motivar a que coma una amplia variedad de alimentos	90.0	10.0	90.9	9.1	0.02	.59
	Permitir que participe en la preparación de alimentos	18.4	81.6	24.2	75.8	0.46	.34
Estimular a comer saludablemente	Invitarle a participar en la selección y compra de los alimentos	61.7	38.3	51.5	48.5	0.90	.23
	Explicarle por qué es importante comer saludablemente	80.0	20.0	87.9	12.1	0.93	.25
	Ofrecerle nuevamente alimentos que ha rechazado en otras ocasiones	81.6	18.4	93.9	6.1	2.67	.09
	Presentarle los alimentos de forma llamativa	35.0	65.0	42.4	57.6	0.50	.31

Nota. ConD = Con dificultades de alimentación, SinD = Sin dificultades de alimentación.

o duplicaron su presencia en el grupo ConD (6.1% y 24.2%, respectivamente) vs. Sin D (1.7% y 11.7%, respectivamente).

DISCUSIÓN

La presente investigación describe las prácticas de alimentación utilizadas por padres de la ciudad de Cali

(Colombia) con hijos en la primera infancia, comparando a aquellos padres cuyos hijos presentaban DDA con quienes no tenían hijos con estas dificultades.

La mayoría de las PPA reportadas fueron de tipo responsivo. De esta manera, los padres consideraron que monitorean o vigilan el patrón de ingesta diario, establecen límites con niveles de control adecuados, hacen uso del modelamiento para enseñar los hábitos

alimentarios, disponen de alimentos saludables en el hogar, refuerzan material y socialmente los hábitos saludables en los niños, promueven gran variedad de experiencias con alimentos y estimulan a comer saludablemente. Lo anterior es positivo, dado que con estas

PPA contribuyen a generar respuestas adaptativas en los niños, fomentan el desarrollo de hábitos saludables y favorecen su desarrollo integral (Gubbels et al., 2011; Hurley et al., 2011). Asimismo, el uso de estas prácticas podría indicar que –en general– los padres evaluados

Tabla 2. Prácticas alimentarias no responsivas, indulgentes y negligentes, comparación entre padres de niños con y sin dificultades de alimentación.

Prácticas alimentarias		Niños SinD		Niños ConD		x ²	p
		Siempre/ casi siempre %	Pocas veces/ nunca %	Siempre/ casi siempre %	Pocas veces/ nunca %		
Responsivas							
Presión excesiva para comer	Presionar o regañar para que coma aunque no quiera más	26.7	73.3	51.5	48.5	5.74	.02
	Quitarle algún beneficio si no come	26.7	73.3	39.4	60.6	1.61	.15
	Uso de castigo físico cuando no quiere comer	3.3	96.7	12.1	87.9	2.72	.11
	Darle la comida cuando se está demorando mucho en comer	46.7	53.3	54.5	45.5	0.53	.31
	Apurarlo a terminar de comer rápido cuando se está demorando	35.0	65.0	51.5	48.5	2.40	.09
Restringir acceso a ciertos alimentos	Esconder algunos alimentos para no los coma	43.3	56.7	24.2	75.8	3.35	.05
Usar la comida como castigo o recompensa	Ofrecer dulces o mecato para lograr que coma	6.7	93.3	9.1	90.9	0.18	.48
	Ofrecer dulces o mecato para premiarle por buen comportamiento	15.0	85.0	27.3	72.7	2.05	.12
	Negarle un dulce o mecato cuando se ha portado mal	40.0	60.0	42.4	57.6	0.05	.49
Indulgentes							
Bajo apoyo, exigencia y control en la situación de alimentación	Ofrecerle algo diferente si no come lo que está servido	15.0	85.0	30.3	69.7	3.07	.07
	Permitirle que coma solo lo que quiere comer	33.4	66.6	39.4	60.6	0.34	.36
	Rogarle para que coma	16.7	83.3	27.3	72.7	1.47	.17
	Permitirle comer mecato y dulces cada vez que quiere	1.7	98.3	6.1	93.9	1.31	.29
	Dejarle caminar o jugar mientras come	6.7	93.3	18.2	81.8	2.94	.09
	Permitirle ver televisión mientras come	41.7	58.3	45.5	54.5	0.13	.45
Disposición de alimentos poco saludables	Comprarle mecato, dulces y gaseosas	11.7	88.3	18.2	81.8	0.75	.29
Negligentes							
No involucrarse en la situación de alimentación	Dejarlo solo mientras come	1.7	98.3	6.1	93.9	1.31	.29
	Tener claridad sobre lo que le gusta y le desagrada comer	88.3	11.7	87.9	12.1	0	.60
	Delegar su alimentación en otras personas	11.7	88.3	24.2	75.8	2.49	.10

Nota. ConD = Con dificultades de alimentación, SinD = Sin dificultades de alimentación.

fueron sensibles frente a la crianza de sus hijos y a la identificación de las señales de hambre y saciedad, pudiendo evidenciar también interés y exigencia en instaurar un comportamiento alimentario más adaptativo, que responda a las reglas que se establecen especialmente para esta situación, lo cual es coherente con lo planteado por Varela et al. (2013). También, el que los padres tengan prácticas responsivas puede ayudar a incrementar la reciprocidad del cuidador frente al niño, convirtiendo la crianza no solo en una SDA, sino en un proceso que potencialice el desarrollo del niño.

Ahora bien, al comparar las PPA de niños con y sin DDA, se encontraron diferencias en dos prácticas específicas: supervisión de alimentos fritos y "comidas rápidas" (práctica responsiva), así como presionar o regañar al niño para que coma aunque no quiera más (práctica no responsiva). En la práctica de supervisión de la cantidad de alimentos fritos y/o "comidas rápidas", se presentó una diferencia marcada, dado que fue mayormente reportada por los padres de niños sin DDA. Esto se podría explicar por el hecho de que estos niños pueden recibir más fácilmente cualquier tipo de alimentos, por lo que sus padres podrían tender a preocuparse más por la calidad de los mismos, en términos de que sean saludables, que por el solo hecho de que coman sus hijos, como parece ser que fue en el caso de los padres de los niños que presentaban resistencia en estas situaciones. Es decir, mientras que los primeros pueden enfocarse en establecer rutinas, horarios y hábitos saludables de alimentación, los padres de niños altamente selectivos o inapetentes podrían estar más preocupados por lograr que ingieran cualquier tipo de alimento, independiente de su calidad nutricional.

Por otro lado, la práctica de presionar al niño para que coma aunque no quiera más, que presentó una diferencia marcada entre los grupos, muestra que los padres de niños con DDA hacen mayor uso de ella, mientras que fue poco frecuente en los niños sin DDA. En este mismo sentido, el estudio de Gregory, Paxton y Brozovic (2010) mostró que la presión paterna al momento de comer predijo negativamente el interés de sus hijos en la comida, abriendo la posibilidad de que esta práctica sea un factor de mantenimiento de las

DDA en los niños. Así mismo, se podría pensar que la amplia diferencia presentada entre los grupos se relaciona con el hecho de que las comidas en los niños con DDA suelen durar más de 30 min e ingerir menor cantidad de alimentos (Benjasuwantep, Chaithirayanon y Eiamudomkan, 2013). Situación que puede generar en los padres estrés, ansiedad o impaciencia frente a la alimentación de sus hijos y, por ende, propiciar más prácticas de este tipo. Además, resultó evidente que la SDA en los niños con DDA estuvo marcada por la supervisión del cuidador, por la elección de diferentes lugares para alimentar al niño y por múltiples estímulos para lograr que éste coma. Por el contrario, los niños sin DDA se alimentaron en un contexto de mayor acompañamiento por parte de sus cuidadores, teniendo establecido un lugar concreto para la SDA y con una menor cantidad de estímulos presentes. Patrones que resultan coherentes con la presencia/ausencia de DDA, dado que los niños con dificultades tienen comportamientos habituales de resistencia y distracción, mientras que los niños sin dificultades presentan mayor tranquilidad y menor distracción.

Con respecto a los niños con DDA de este estudio, se caracterizaron por mayor ingesta altamente selectiva y apetito limitado. Esto parece ser congruente con los resultados del estudio de Benjasuwantep et al. (2013), quienes encontraron que la dificultad con mayor prevalencia en niños tailandeses era la ingesta altamente selectiva. Asimismo, según Kerzner (2009), los niños que presentan DDA se caracterizan por una alta selectividad de alimentos, poca cantidad de alimento ingerida y escasa variación de su dieta. Esto podría explicarse por varios factores que engloban características o conductas propias al niño, pero –al mismo tiempo– por las reacciones de los padres frente a la alimentación. En el caso de los niños, una posibilidad es que no hayan desarrollado aún las habilidades alimentarias necesarias para aceptar mayor variedad de alimentos, o bien, que hayan desarrollado el hábito de comer solo cierto tipo de alimentos porque se les ha permitido hacerlo desde una temprana edad. Por otro lado, en el caso de los padres, se podría pensar que al tener niños que empiezan a ser selectivos desde muy pequeños, momento en el

cual están en crecimiento y necesitan la mayor cantidad de nutrientes posibles para su desarrollo, podrían manifestar estrés, frustración o ansiedad.

Como plantean Vásquez-Garibay y Romero-Velarde (2008), los padres tienen a su cargo la responsabilidad de estructurar las SDA y generar un ambiente que facilite la alimentación, y especialmente en los primeros años de vida. Sin embargo, la sensación paterna de frustración podría dar como resultado permisividad en la selectividad de sus hijos, por posible miedo a que estos, en ausencia de sus alimentos seleccionados o preferidos, dejen de comer y les pueda generar consecuencias perjudiciales en su salud. No obstante, dicha permisividad también podría relacionarse con enfermedades orgánicas que hayan afectado al niño previamente, por experiencias negativas en SDA pasadas o por dificultades en la interacción familiar.

En conclusión, se encontró que la interacción entre el padre y el hijo es un factor esencial durante la SDA, dado que es –precisamente– por esa interacción que ambas partes establecen sus repertorios conductuales, y la alimentación puede darse (Vergara, 2002). En ella, los padres deciden los alimentos a comer y las cantidades y, por otra parte, los niños escogen cómo responder frente a PPA; por ejemplo optar por recibir, rechazar, resistir o llorar ante la comida. Por tanto, es importante destacar que además del papel que cumple el padre, dicho proceso implica también la participación activa por parte del niño, por lo que se deben considerar variables tanto del niño como del padre. Como lo plantean Moens, Braet y Soetens (2007), así como Cortés y Méndez (2012), al estar la conducta del niño estrechamente relacionada con la del padre, si una de ellas es inapropiada, afectará la respuesta del otro. No obstante, cabe resaltar que una respuesta inapropiada no solo afectará en términos conductuales, pues si las prácticas de crianza no son congruentes con el temperamento del niño, podría verse afectado –en términos afectivos y emocionales– el desarrollo óptimo del mismo, convirtiéndose en un posible predictor de dificultades sociales, emocionales, e incluso de personalidad (Lucarelli et al., 2013).

A partir de lo anterior, se pretende visibilizar una problemática que –como se mencionó anteriormente– parece estar subdiagnosticada, pero que afecta e impacta la salud de un gran número de familias. El presente estudio permite comprender que la alimentación es un fenómeno en el que intervienen múltiples variables, no sólo de tipo orgánico, sino también conductuales y emocionales, pues es un proceso en el que la interacción es tan importante como el consumo del alimento. Si bien este planteamiento se ha hecho desde varias teorías y estudios, no ha trascendido lo necesario en la práctica cotidiana de los profesionales de la salud que atienden niños en estas edades, quienes se centran principalmente en la dimensión orgánica del proceso de alimentación, y descuidan las variables conductuales y emocionales que pueden mediarlo. También este estudio rescata la *parentalidad* como elemento central para el desarrollo de los niños, y especialmente en la primera infancia, esto en medida de que se asumió la decisión metodológica de evaluar solamente padres y madres, y no cualquier cuidador, en un contexto y momento histórico en el que se ha delegado a otras personas un aspecto tan importante para el vínculo padres-hijos como lo es la alimentación de los niños.

Ahora bien, aunque el estudio logra identificar las PPA, describir el contexto y ampliar la información existente en torno a las DDA, cabe señalar una limitación inherente a las características metodológicas de este estudio, en tanto que el instrumento de evaluación fue aplicado a manera de autorreporte. Esto pudo dar lugar a respuestas sesgadas por la deseabilidad social, dado que los padres pudieron responder con base a sus conocimientos sobre qué prácticas son deseables en los procesos de crianza. Por otro lado, las relaciones encontradas pudieron verse afectadas por la edad de los niños, siendo ésta una posible variable de confusión, pues el desarrollo de los niños y los retos que deben ser enfrentados por los padres a cada edad son diferentes.

A partir de estas limitaciones, se recomienda que futuros estudios amplíen el tamaño de la muestra, la estratifiquen por edad y amplíen el rango de ésta, considerando que las DDA pueden sobrepasar el rango de

la primera infancia. También sería pertinente incluir niños de diferentes niveles socioeconómicos, para explorar una posible relación entre éstos y las PPA. Además, se recomienda realizar estudios longitudinales que aporten a la conceptualización y la comprensión del desarrollo de las DDA. Asimismo, es necesario realizar estudios basados en observaciones naturales de las SDA, acompañadas de entrevistas en profundidad, lo que complementaría la descripción del contexto de alimentación y de las prácticas reportadas por los padres en este estudio. En esta línea, centrarse en la comprensión de las interacciones que se presentan durante la SDA constituye un insumo esencial para describir fenómenos de causalidad que favorecerían el conocimiento del contexto de alimentación. También podrían indagarse aspectos como la relación de los padres con la comida, aspecto importante para la comprensión del proceso de alimentación del niño.

REFERENCIAS

- Anzman, S., Rollins, B. y Birch, L. (2010). Parental influence on children's early eating environments and obesity risk: Implications for prevention. *International Journal of Obesity*, 34(7), 116-1124. <https://doi.org/10.1038/ijo.2010.43>
- Arredondo, E., Elder, J., Ayala, G., Campbell, N., Baquero, B. y Duerksen, S. (2006). Is parenting style related to children's healthy eating and physical activity in Latino families? *Health Education Research*, 21(6), 862-871. <https://doi.org/10.1093/her/cyl110>
- Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en humanos*. Disponible en <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>
- Belalcázar, D. M. y Tobar, L. F. (2013). Determinantes sociales de la alimentación en familias de estratos 4, 5 y 6 de la localidad de Chapinero de Bogotá D.C. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 40-47.
- Benjasuwantep, B., Chaithirayanon, S. y Eiamudomkan, M. (2013). Feeding problems in healthy young children: Prevalence related factors and feeding practices. *Pediatric Reports*, 5(10), 38-42. <https://doi.org/10.4081/pr.2013.e10>
- Bernal, R. y Camacho, A. (2010). *La importancia de los programas para la primera infancia en Colombia*. Disponible en <https://economia.uniandes.edu.co/centros-de-investigacion/cede/web-de-proyectos-cede/primera-infancia/estudios/la-importancia-de-los-programas-para-la-primera-infancia-en-colombia>
- Blissett, J. (2011). Relationships between parenting style, feeding style and feeding practices and fruit and vegetable consumption in early childhood. *Appetite*, 57(3), 826-831. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.05.318>
- Chatoor, I. (2004). Feeding disorders and eating disorders of infancy and early childhood. En J. M. Weiner y M. K. Dulcan (Eds.), *Textbook of child and adolescent psychiatry* (pp. 639-652). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Chatoor, I. (2009). *Diagnosis and treatment of feeding disorders in infants, toddlers and young children*. Washington, D.C.: Zero to Three Press.
- Chatoor, I. y Ganiban, J. (2003). Food refusal by infants and young children: Diagnosis and treatment. *Cognitive and Behavioral Practices*, 10(2), 138-146. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(03\)80022-6](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(03)80022-6)
- Congreso de Colombia. (2006). *Ley 1090: Código deontológico y bioético de psicología*. Disponible en <http://www.colpsic.org.co/quienes-somos/ley-1090-de-2006/182>
- Cortés, A. y Avilés, A. (2010). Factores demográficos, crianza e historia de salud: Vinculación con la nutrición y el desarrollo infantil. *Universitas Psychologica*, 10(3), 789-802.
- Cortés, A. y Méndez, S. (2012). Estrés parental, interacciones diádicas al comer y desnutrición en el periodo de alimentación complementario. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 3(2), 113-125. <https://doi.org/10.5460/jbhsi.v3.2.30321>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2015). *Decreto 1170 de 2015*. Disponible en <http://www.dane.gov.co/index.php/acerca-del-dane/informacion-institucional/normatividad/decreto-1170-del-2015>
- Domínguez-Vásquez, P., Olivares, S. y Santos, J. L. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 58(3), 249-255.
- Fernández, V. (2010). Estilos parentales y riesgo de sobrepeso y obesidad infantiles. *Nutrición Hoy*, 6(3), 4-7.
- Gregory, J. E., Paxton, S. J. y Brozovic, A. M. (2010). Maternal feeding practices, child eating behaviour and body mass index in preschool-aged children: A prospective analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7, e-55. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-7-55>
- Gubbels, J. S., Kremers, S. P. J., Stafleu, A., de Vries, S. I., Goldbohm, R. A., Dagnelie, P. C. et al. (2011). Association between parenting practices and children's dietary intake, activity behavior and development of body mass index: The KOALA Birth Cohort Study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8, e-18. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-8-18>
- Hafstad, G. S., von Soest, T. y Torgersen, L. (2013). Early childhood precursors for eating problems in adolescence: a 15-year longitudinal community study. *Journal of Eating Disorders*, 1, 35-42. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-35>
- Hoerr, S. L., Hughes, S. O., Fisher, J. O., Nicklas, T. A., Liu, Y. y Shewchuk, R. M. (2009). Associations among parental feeding styles and children's food intake in families with limited incomes. *International Journal of Behavioral Nutrition and*

- Physical Activity*, 6, e-55. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-6-55>
- Hurley, K., Cross, M. y Hughes, S. (2011). A systematic review of responsive feeding and child obesity in high-income countries. *Journal of Nutrition*, 141(3), 495-501. <https://doi.org/10.3945/jn.110.130047>
- Kerzner, B. (2009). Clinical investigation of feeding difficulties in young children: A practical approach. *Clinical Pediatrics*, 48(9), 960-965. <https://doi.org/10.1177/0009922809336074>
- Lucarelli, L., Cimino, S., D'Olimpio, F. y Ammaniti, M. (2013). Feeding disorders of early childhood: An empirical study of diagnostic subtypes. *International Journal of Eating Disorders* 46(2), 147-155. <https://doi.org/10.1002/eat.22057>
- Mak, T. N., Prynn, C. J., Cole, D., Fitt, E., Roberts, C., Bates, B. et al. (2012). Assessing eating context and fruit and vegetable consumption in children: New methods using food diaries in the UK National Diet and Nutrition Survey Rolling Programme. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, e-126. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-126>
- Ministerio de Salud. (1993). *Resolución No. 008430: Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Moens, E., Braet, C. y Soetens, B. (2007). Observation of family functioning at mealtime: A comparison between families of children with and without overweight. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(1), 52-63. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/26.4.215>
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*. Disponible en http://www.unicef.org/ecuador/estrategia_mundial_para_la_alimentacion_del_lactante.pdf.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Sobrepeso y obesidad infantiles*. Disponible en <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>
- Ortiz, H. (2011). Nueva clasificación de los desórdenes alimentarios. *Precop SCP*, 10(4), 44-58.
- Patrick, H., Nicklas, T., Hughes, S. y Morales, M. (2005). The benefits of authoritative feeding style: Caregiver feeding styles and children's food consumption patterns. *Appetite*, 44(2), 243-249. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2002.07.001>
- Profamilia, Instituto Nacional de Salud, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Ministerio de la Protección Social. (2011). *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010*. Disponible en <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/Descargas1/Resumenfi.pdf>
- Tan, C. y Holub, S.C. (2011). Children's self-regulation in eating: Associations with inhibitory control and parents' feeding behavior. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(3), 340-345. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsq089>
- Taylor, C. M., Wernimont, S. M., Northstone, K. y Emmett, P. M. (2015). Picky/fussy eating in children: Review of definitions, assessment, prevalence and dietary intakes. *Appetite*, 95, 349-359. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.07.026>
- Varela, M. T., Duarte, C., Benavidez, M. y Tenorio, A. X. (2013). *Intervención con padres para fomentar hábitos de salud en la primera infancia, fase I: Informe final*. Cali, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.
- Varela, M. T., Tenorio, A. X., Henao, C. A., Salcedo, S. y Urrego, A. M. (2016). Rol de las prácticas parentales en la promoción de actividad física en la primera infancia en la ciudad de Cali. *Hacia la Promoción de la Salud*, 21(2), 27-40. <http://dx.doi.org/10.17151/hpsal.2016.21.23>
- Vásquez-Garibay, E. M. y Romero-Velarde, E. (2008). Esquemas de alimentación saludable en niños durante sus diferentes etapas de la vida, parte II: Preescolares, escolares y adolescentes. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 65(6), 605-615.
- Vergara, C. B. (2002). *Creencias relacionadas con las prácticas de crianza de los hijos/as*. [Tesis de maestría]. Colima, México: Universidad de Colima. Disponible en http://digeset.ucof.mx/tesis_posgrado/Pdf/Claudia%20Berenice%20Vergara%20Hernandez.pdf
- Williams, K., Field, D. y Seiverling, L. (2010). Food refusal in children: A review of the literature. *Research in Developmental Disabilities*, 31(3), 625-633. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.01.001>