

Prácticas Parentales de Alimentación Infantil: Una descripción comparativa entre los resultados obtenidos mediante un cuestionario de autorreporte y el análisis de conductas observadas por medio de videograbaciones durante los momentos de alimentación en una muestra de cuatro madres/cuidadoras de niños en edad preescolar

Yuly Castaño Olarte

Carolina Suárez Álvarez



Universidad de Antioquia

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Medellín, Colombia

2015

Prácticas Parentales de Alimentación Infantil: Una descripción comparativa entre los resultados obtenidos mediante un cuestionario de autorreporte y el análisis de conductas observadas por medio de videograbaciones durante los momentos de alimentación en una muestra de cuatro madres/cuidadoras de niños en edad preescolar

Trabajo de grado para optar al título de Psicólogas

Yuly Castaño Olarte

Carolina Suárez Álvarez

Asesor

Óscar Ignacio Giraldo Roldán

Psicólogo. Mg. Educación.



Universidad de Antioquia

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Medellín, Colombia

2015

Agradecimientos

El trabajo de grado es el producto de varios años de estudio, requiere de gran dedicación, de afinidad con el tema y con las personas que se elabora. En nuestro proceso vivimos dificultades en relación con el tiempo dedicado, el interés por el abordaje del tema e incluso de entendimiento para trabajar juntas... Tuvimos momentos de desgaste, evitación al igual que momentos intensos de interés, motivación y trabajo.

Con todo eso, seguimos adelante, y no solas, sino con Óscar Giraldo como asesor, que aunque nos planteó una manera diferente de tratar el tema, nos abrió la puerta a un nuevo campo de estudio, hasta el momento desconocido por nosotras. Así, nos permitió pensar en una cotidianidad que, en cierta medida, se aleja de la patología. Por ello, por sus conocimientos y su paciencia le agradecemos de corazón.

Agradecemos también a nuestras familias, amigos, compañeros y demás personas que han permanecido cerca como apoyo y ayuda durante la elaboración de este trabajo que es el símbolo tangible de la culminación de nuestro proceso formativo.

Infinito amor y agradecimientos a la Universidad de Antioquia que nos acogió en todos sus espacios académicos, de esparcimiento y como auxiliares administrativas, permitiéndonos compartir con la diversidad de personas que habitan en ella. Un universo maravilloso... y por ello deseamos poner en práctica como profesionales los ejes misionales en los que fuimos formadas.

A Dios por darme la vida y permitirme sentir pasión al vivir

A mi mamá y por sus enseñanzas,

A mi papá por su apoyo silencioso,

A David por su paciencia y confianza,

Carolina

A Dios por permitirme escribir más páginas en mi historia.

A mi madre, quien lo ha dado todo por mí.

A los amigos de la U, porque sin ellos nada hubiera sido igual.

A la Dra. Nora Luz Yepes (†),

por el tiempo dedicado y su apoyo en momentos difíciles.

Yuly

Resumen

Durante las últimas décadas, el tema de las Prácticas Parentales de Alimentación Infantil (PPAI) ha sido relevante en el campo investigativo de la Psicología, especialmente en países donde la obesidad infantil ha alcanzado índices elevados. Entre los instrumentos que se han usado como método dentro de las investigaciones se destacan las observaciones por medio de videograbaciones y cuestionarios de autorreporte. El objetivo de este trabajo fue evaluar las PPAI en cuatro (4) hogares del Área Metropolitana del Valle de Aburrá por medio del *Child Feeding Questionnaire (CFQ)* aplicado a las madres/cuidadoras y dos (2) videograbaciones en los momentos de alimentación en cada familia, que fueron sistematizadas a través del *Family Mealtime Coding System (FMCS)*, con la finalidad de describir en forma comparativa los resultados obtenidos por medio de ambos instrumentos; además de identificar las PPAI expresadas por las madres/cuidadoras hacia los menores en los momentos de alimentación. Los resultados comparativos muestran que los instrumentos no son equiparables totalmente ya que las subescalas presentan diferencias entre sí, sin embargo son complementarios en la medida que las madres/cuidadoras reportan creencias y actitudes frente a la alimentación que se identifican por medio de expresiones de conducta observadas en las videograbaciones, lo que permite obtener un conocimiento más amplio de las PPAI en cada uno de los casos estudiados. Este trabajo busca aportar a la construcción investigativa de esta temática, hasta ahora algo incipiente en el campo de la Psicología en nuestro país y que es de gran importancia debido al aumento de los índices la obesidad infantil y sus enfermedades asociadas.

Palabras clave: Psicología de la alimentación, Prácticas Parentales de Alimentación (PPAI), comportamiento alimentario, alimentación en la infancia, hábitos alimentarios, malnutrición, observación, cuestionario de autorreporte.

Abstract

For the last decades, the theme of Parental Feeding Practices has been important in the investigative field of Psychology, especially in countries where the childhood obesity has reach high rates. Among the instruments that have been used as method in the researches are highlighted the videotaped observations and self-reported questionnaires. This work's goal was to evaluate the Parental Feeding Practices in four (4) homes from Área Metropolitana del Valle de Aburrá through Child Feeding Questionnaire (CFQ) applied to mothers/caregivers and two (2) videotapes during a mealtime in each family, that were systematized through Family Mealtime Coding System (FMCS), with the purpose to describe in comparative way the obtained results through both instruments; as well to identify the Parental Feeding Practices shown by the mothers/caregivers towards children in the mealtimes. The comparative results show that the instruments aren't completely comparable because the subscales are different between them, however, they are complementary for the fact that the mothers/caregivers report beliefs and attitudes related with the feeding that are identified through conductual expressions observed in the videotapes, what allowing obtain a wide knowledge of the Parental Feeding Practices in each case studied. This work seeks to contribute to the investigative construction of this theme, until now a little incipient in field of psychology in our country and that is of great importance due to the increasing rates of childhood obesity and their associate diseases.

Keywords: Psychology of eating, Parental Feeding Practices, eating behavior, infant feeding, eating habits, malnutrition, observation, self-report questionnaire.

Índice de contenido

Introducción	11
1. Marco teórico	14
1.1. Alimentación	14
1.1.1. Nutrición y alimentación.....	14
1.1.2. Alimentos y gastronomía.	16
1.1.3. Dieta.	20
1.2. Comportamiento y conductas alimentarias	22
Desarrollo de la preferencia, selección y consumo alimentario.....	27
1.3. Hábitos alimentarios.....	30
1.4. Estilos parentales y prácticas parentales de alimentación	33
Transformaciones socioculturales que impactan la familia y las prácticas parentales...	40
1.5. Problemas de malnutrición.....	43
1.5.1. Malnutrición.....	43
1.5.2. Desnutrición.	48
1.5.3. Sobrepeso y obesidad.....	51
2. Planteamiento del problema.....	60
2.1. Pregunta de Investigación	66
2.2. Sistematización del área problemática	67
3. Objetivos	68

3.1. Objetivo general	68
3.2. Objetivos específicos.....	68
4. Justificación.....	69
5. Marco metodológico	72
5.1 Tipo de estudio	72
5.2. Población / participantes	72
5.3. Instrumentos	72
5.3.1. Child Feeding Questionnaire.....	72
5.3.2. Video-grabaciones.....	75
5.3.3. Family Mealtime Coding System (FMCS).	75
5.4. Recolección de la información	76
6. Análisis de resultados.....	78
6.1. Análisis Caso 1	78
6.2. Análisis Caso 2.....	84
6.3. Análisis Caso 3.....	90
6.4. Análisis Caso 4.....	95
7. Discusión y conclusiones	101
7.1. Discusión	101
7.2 Conclusiones	106
Referencias	108

Índice de tablas y figuras

Tabla 1. Características particulares de los tipos de conducta que integran un ETC.....	27
Tabla 2. Valores de estadística descriptiva y consistencia interna para el modelo final de 7 factores.....	74
Tabla 3. Caso 1. Puntajes CFQ*	79
Tabla 4. Caso 1. Eventos Temporales Conductuales observados según el FMCS	80
Tabla 5. Caso 2. Puntajes CFQ*	84
Tabla 6. Caso 2. Eventos Temporales Conductuales observados según el FMCS	85
Tabla 7. Caso 3. Puntajes CFQ*	91
Tabla 8. Caso 3. Eventos Temporales Conductuales observados según el FMCS	92
Tabla 9. Caso 4. Puntajes CFQ*	96
Tabla 10. Caso 4. Eventos Temporales Conductuales observados según el FMCS	97
Tabla 11. Puntajes comparativos del CFQ.....	104
Tabla 12. Número de ETC observados según el FMCS	105

Figuras

Figura 1. Modelo estructural del comportamiento alimentario.....	25
Figura 2. Caso 1. Vídeo 1. Dispersión de ETC según el FMCS.....	82
Figura 3. Caso 1. Vídeo 2. Dispersión de ETC según el FMCS.....	82
Figura 4. Caso 2. Vídeo 1. Dispersión de ETC según el FMCS	88
Figura 5. Caso 2. Vídeo 2. Dispersión de ETC según el FMCS	88
Figura 6. Caso 3. Vídeo 1. Dispersión de ETC según el FMCS	93
Figura 7. Caso 3. Vídeo 2. Dispersión de ETC según el FMCS	94
Figura 8. Caso 4. Vídeo 1. Dispersión de ETC según el FMCS	99

Figura 9. Caso 4. Vídeo 2. Dispersión de ETC según el FMCS	99
--	----

Índice de anexos

Anexo 1: Consentimiento informado	118
Anexo 2: Child Feeding Questionnaire	119

Introducción

La presente investigación da cuenta de un tema que no ha sido muy abordado en nuestro contexto, las Prácticas Parentales de Alimentación Infantil (PPAI), las cuales hacen referencia a las conductas y estrategias que utilizan los padres/madres y/o cuidadores para lograr que los niños que tienen a cargo se alimenten.

Durante las últimas décadas, la psicología, como ciencia que estudia el comportamiento y el aprendizaje de conductas por medio de la interacción entre individuos, se ha interesado por abordar esta temática, en gran medida por los altos índices de malnutrición que se presentan actualmente en el mundo. Los problemas de malnutrición ponen en riesgo el estado de salud de las personas hasta llegar a la muerte, por la afectación que generan a nivel físico y cognitivo, el compromiso del sistema inmunológico, el aumento de la susceptibilidad para desarrollar enfermedades no transmisibles, entre otros factores.

El estudio de las PPAI nos interesó dado que la alimentación es un acto del que, por ser cotidiano, con mucha frecuencia se pierde consciencia sobre la importancia que tiene para el mantenimiento de un adecuado estado de salud. Los padres o cuidadores al no ser conscientes de lo relevante de este proceso no perciben y no están informados de que la forma en la que se comportan durante los momentos de alimentación aportan al desarrollo de hábitos alimenticios inadecuados y permiten la normalización de muchas de las prácticas problemáticas que realizan. Igualmente, al ser la primera infancia una etapa en la que se adquieren gran número de aprendizajes, la relación que se establezca con los alimentos será la base en la que se constituyan las preferencias y hábitos alimentarios.

Dada la importancia del tema, en el mundo se han elaborado diversos instrumentos de registro y evaluación de PPAI, los cuales desde metodologías distintas apuntan a conocer las prácticas. Los instrumentos de autorreporte generalmente han buscado indagar por las creencias y opiniones que tienen los padres/madres o cuidadores entorno a la alimentación, mientras que el análisis directo de las conductas en los momentos de alimentación se ha realizado generalmente por medio de videograbaciones realizadas durante los almuerzos o comidas de las familias en sus respectivos hogares. Algunos autores han tenido la hipótesis que al contrastar los resultados de ambas metodologías existen puntos de encuentro que permitan validar los instrumentos y dar cuenta de las PPAI predominantes; aun así, se ha observado en algunas investigaciones que estos puntos de encuentro no se presentan en todos los casos, por lo que algunos autores han cuestionado la validez de dichos instrumentos.

No obstante, nuestro interés no radica en la verificar la validez de los instrumentos que se usaron en la investigación, sino en analizar los resultados de ambos de manera comparativa con finalidad de describir similitudes y diferencias que puedan encontrarse, y la forma en que los resultados de ambos puedan complementarse o no.

En nuestro país no se ha estandarizado ninguno de los instrumentos existentes para evaluar las PPAI, siendo el contexto más similar encontrado el caso Mexicano, en el cual se estandarizó un instrumento de autorreporte comúnmente utilizado en estas investigaciones. Por ello, nuestra investigación es un primer acercamiento al estudio de las PPAI usando métodos de autorreporte y observación, ya que hasta ahora, en Colombia los estudios de prácticas de alimentación se han realizado mayoritariamente desde otras disciplinas como la Antropología, Sociología, Salud Pública, Nutrición y Medicina, estando la psicología más centrada en el estudio de los trastornos

de la conducta alimentaria, dejando de la lado, las dificultades cotidianas que son susceptibles de intervención en la búsqueda de un mejoramiento en la calidad de vida.

Para el desarrollo de la investigación, en un principio se presenta el marco teórico en el cuál se desarrollan los antecedentes y conceptos que aportan a la comprensión del fenómeno estudiado. Se continúa con el planteamiento del problema que desemboca en los objetivos y justificación del presente trabajo. Posteriormente se describe la población, los instrumentos utilizados, finalizando con el análisis de los casos, resultados y conclusiones.

1. Marco teórico

1.1. Alimentación

1.1.1. Nutrición y alimentación.

La *nutrición* se define como un conjunto de funciones que se desarrollan en todas y cada una de las células del organismo de forma coordinada y armónica, llevando a cabo el proceso de incorporar y utilizar la energía y materiales estructurales y catalíticos, de los cuales dependen la composición corporal, la salud y la vida misma. Sin embargo, aunque es un proceso principalmente celular, de las funciones de la célula dependen las funciones de los tejidos, órganos y las del individuo considerado como un todo. Al considerar el ser humano como un ser biopsicosocial, la nutrición además de las funciones biológicas, implica otras de naturaleza psicológica y social. Es por esto que en la nutrición influyen aspectos como edad, sexo, características genéticas, ejercicio físico, ambiente, salud y alimentación (Esquivel-Hernández, Martínez-Correa, & Martínez-Correa, 2014)

Por otra parte se entiende por *alimentación* al “*conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión de alimentos, mediante los cuales el organismo obtiene del medio los nutrimentos que necesita, así como las satisfacciones intelectuales, emocionales, estéticas y socioculturales que son indispensables para la vida humana plena*” (Fomento de nutrición y Salud A.C., 2001)

De esta manera, Esquivel-Hernández *et. al.*, plantean que la nutrición es un fenómeno global que integra el concepto de alimentación. Así, concluyen que la nutrición es un estado, es decir el resultado final de la interacción de una gama de factores, de los cuáles uno es la alimentación, además de los procesos biológicos como la digestión, absorción intestinal, transporte y distribución de nutrimentos, pero sobre todo, su utilización por parte de las células.

No obstante, la alimentación entendida como uno de los procesos de la nutrición no es una concepción generalizada en el ámbito académico; por lo que se encuentran definiciones que dan cuenta de los conceptos de nutrición y alimentación como procesos diferenciados que se complementan, sin dar un nombre que englobe todo el proceso.

Ejemplo de lo anterior, es la definición de *nutrición* dada por Martínez-González y Martínez (2002) “*la nutrición es el conjunto de procesos por los cuales el cuerpo humano digiere, absorbe, transforma, utiliza y elimina los nutrientes contenidos en los alimentos. Este proceso metabólico sigue siempre el mismo curso, salvo que esté alterado, ya que, en sentido estricto, la nutrición no es voluntaria y por tanto no es educable*”. Diferente a la alimentación que es definida como “*un proceso voluntario, educable y muy influenciado por factores sociales, económicos, culturales, etc.*”; por consiguiente la nutrición está circunscrita al ámbito biológico y la alimentación a los ámbitos psicológico y sociocultural.

Esquivel-Hernández *et al.*, (2014), mencionan que la nutrición ejerce una importante influencia en las tres esferas del ser humano: biológica, psicológica y social. En el aspecto biológico, el organismo incorpora los nutrientes de los alimentos, permitiendo el desarrollo y crecimiento del organismo, así como el armónico funcionamiento de todos los sistemas y aparatos, manteniendo la homeostasis. Por otro lado, en la esfera psicológica, la nutrición fomenta el equilibrio tanto de las funciones psicológicas simples (propagación de impulsos eléctricos, entre otros), como de las complejas (por ejemplo, aprendizaje, memoria, motivación y percepción) dando lugar a la aparición de preferencia, rechazo y aceptación de los alimentos, entendiendo que el comer trasciende las necesidades nutricias al punto de ser un acto placentero en sí mismo. Por último, en la esfera social la nutrición genera un impacto de carácter colectivo, que se evidencia en aspectos económicos, culturales y educativos, relacionados con el desarrollo

de naciones y de potencial cognitivo de diversos grupos poblacionales, y que además tienden a manifestar mejores hábitos higiénicos y nutriólogicos para su alimentación.

Otro elemento a tener en cuenta es el entorno, ya que la interacción del ser humano con su medio tiene una afectación a su desarrollo como ser biopsicosocial. Por ende, las características geográficas y ambientales del lugar que se habita influirán en el estado nutricional del individuo.

Teniendo en cuenta lo anterior, la alimentación se refiere principalmente a la ingesta de los alimentos y la nutrición a la incorporación biológica de los mismos. Así, es posible intervenir sobre los procesos relacionados con la ingesta y no en la incorporación nutricional dada a nivel celular. Por tanto, la diferencia teórica en relación con la definición de conceptos es básicamente que algunos autores manejan los términos de nutrición y alimentación de forma independiente pero relacionada, mientras que otros prefieren englobar ambos conceptos en el término de nutrición. Por consiguiente, entender la nutrición y la alimentación de una u otra forma no representa dificultades en la comprensión de ambos fenómenos.

1.1.2. Alimentos y gastronomía.

Alimento, a nivel fisiológico, es toda sustancia que se obtiene de la naturaleza y puede utilizarse por los organismos vivos como fuente de materia o energía para llevar a cabo funciones vitales. De esta manera, los alimentos han adquirido diversos significados y cumplen con diversos procesos y funciones que responden a factores ambientales y la naturaleza biopsicosocial del ser humano, por tanto, han sido clasificados en los siguientes tipos de necesidades (Esquivel-Hernández, *et al.*, 2014)

- 1 Vehículo de nutrimentos: los alimentos representan el vehículo natural de los nutrimentos, mediante el cual el organismo recibe los sustratos para sus funciones.

- 2 Satisfactor de una necesidad: Necesidad que responde a una tensión fisiológica que es el hambre, y el alimento brinda los elementos requeridos para restaurar el equilibrio bioquímico que lo originó.
- 3 Estímulo psicológico: A través de diversos estudios se ha hallado que los alimentos funcionan como estimulantes y por tanto, el desarrollo del niño se ve favorecido cuando la alimentación ofrece estímulos diversos y se entorpece cuando es monótona, además aspectos como la cultura, las costumbres y las vivencias previas configuran este aspecto y la elección y preferencia de los alimentos empieza a darse no sólo por su valor nutricional sino también por placer.
- 4 Estímulo emocional: Comer representa un placer que se repite cotidianamente y es la vía por la cual se expresan muchas emociones. Además, la aceptación o el rechazo los alimentos se vincula estrechamente a recuerdos tempranos de la vida y a experiencias agradables o desagradables.
- 5 Integrador social: Por medio de los alimentos se transmiten tradiciones, valores culturales, sociales y religiosos. Asimismo, los alimentos desempeñan un rol integrador, ya que se configuran como elementos a través de los cuales las comunidades se reúnen e interactúan, obteniendo placer al comer en compañía de otras personas. La alimentación, por tanto, es un componente que contribuye al desarrollo social de los seres humanos.

A partir de lo anterior, Esquivel-Hernández *et al.*, (2014), mencionan que la elección de los alimentos no está mediada por la importancia de sus cualidades nutritivas, ya que estas no se perciben con facilidad, y en su lugar son las preferencias y el gusto, (cualidades sensoriales, psicosociales y culturales) la guía principal de elección; predominando sobre el aporte nutricional

que puedan brindar los alimentos elegidos. A dichas cualidades sensoriales se les asigna un valor que depende en gran medida, de los hábitos, sin desconocer otros elementos; y tiene una base fisiológica, ya que ciertas cualidades como aroma, color o textura pueden ejercer un efecto estimulante o de rechazo. Muchos de los efectos están mediados por el aprendizaje y dependen del grupo familiar, ambiente social, tradiciones, zona geoeconómica y disponibilidades existentes. Por tanto, afirman lo siguiente: *“comer es un acto sensorial, donde las cualidades organolépticas de los alimentos son captadas sin que medie razonamiento y casi todos los sentidos intervienen en la aceptación de un bocado. Por tanto, el concepto de alimento resulta subjetivo, temporal y local. Lo que para un grupo es válido como alimento, para otro puede no serlo, ya sea porque no se encuentra disponible para su consumo o porque sus tradiciones limitan su ingestión”*

Al entender los alimentos y el comer de esta manera, reconociendo la importancia de los elementos sensoriales, psicosociales y culturales en la elección de los alimentos se hace un puente entre alimentación y *gastronomía*. Mateos-Jiménez (2012) menciona lo siguiente a propósito de este concepto:

« [...] la gastronomía podría entenderse como todo el conjunto de actividades más o menos relacionados con el comer bien (y por extensión con el buen beber), lo que suele denominarse como el *arte del buen comer*. La gastronomía nos enseña habitualmente a identificar sabores, aromas, presentaciones, a potenciar el paladar y nos anima a hacerlo sobre la base de un ingesta variada. Con la gastronomía se cultivan los sentidos y la capacidad de probar de todo, tan importante desde las primeras edades y ello podría redundar en una mejor alimentación y nutrición futuras» p. 140.

Según lo anterior, la *gastronomía* es una actividad alimenticia que desempeña un rol importante en la construcción de gustos y preferencias, teniendo repercusiones significativas en

la alimentación diaria, dado que al tener un acercamiento progresivamente exitoso a diversos alimentos como vegetales, verduras, cereales, entre otros, ricos en vitaminas, minerales y otros nutrimentos, la alimentación se vuelve más variada y se logra un mayor equilibrio nutricional, que a su vez tendrá un impacto futuro a saber que los gustos que se adquieren en la infancia tienden a permanecer a lo largo de la vida.

Ansón-Oliart (2013) expresa que las satisfacciones gustativas van de la mano de la salud; esto quiere decir que la gastronomía y la nutrición están en permanente interacción, puesto que alimentarse consiste en tomar algo comestible, introducirlo en la boca, masticarlo, tragarlo y a través de ello, obtener diversos placeres gustativos. En consecuencia, las personas comerán lo que deben si encuentran placer en ello y la prohibición de los alimentos que se consideran nocivos o perjudiciales tendrá un efecto atractivo, por lo que las personas buscarán consumirlos en otros espacios. Por esta razón, una forma de favorecer la buena nutrición es la educación alimentaria/gastronómica que tiene como ejes de abordaje la motivación y el placer sensorial, aspectos fundamentales al momento de elegir los alimentos.

El placer sensorial hace referencia a la construcción de circuitos neuronales que evocan la sensación de placer, y por tanto, también se elaboran circuitos de displacer. Sánchez Romera (2001, citado por Mateos-Jiménez, 2012), explica que el recuerdo y la repetición son la base del aprendizaje de los sentidos. El recuerdo permite recurrir a evocaciones de un producto, un aroma, entre otros, y la repetición está en la base de la construcción de los circuitos neuronales o categorías sensoriales que son necesarios para afianzar la idea del aroma.

Uno de los principales objetivos de la gastronomía entendida como placer es hacer que los alimentos se perciban atractivos por su aspecto, su colorido y aroma antes de su consumo. Si se recibe información negativa o desagradable de cualquiera de esas tres fuentes sensoriales, la

decisión de consumir el alimento puede cambiar. Por esta razón, en la comida que se le presenta a los niños debe intentarse que sea llamativa a la vista y al olfato (Mateos-Jiménez, 2012).

Por otro lado, el comer bien y con agrado no se limita a la presentación y elaboración de los alimentos, sino que también contempla el espacio, las personas con quienes se come y los utensilios que se manejan. Según Mateos, “*el comedor debe ser en sí mismo un espacio de aprendizaje y a la vez de diversión*”, dado que comer debe asociarse con un acto de disfrute; por ello, cuidar del ambiente donde se come, comer en grupo y compartir alimentos, dedicar el tiempo necesario y que la misma comida sea motivo de comentarios, convierte el momento de la alimentación en un acto de socialización y placer; elementos que benefician el proceso alimenticio.

1.1.3. Dieta.

La palabra dieta deriva del latín y griego, significa “régimen de vida”, en otras palabras, por dieta se entiende, “la alimentación cotidiana”, “el régimen que se sigue a diario”, ya sea que se cumplan o no los requerimientos nutricios.

Se llama dieta a la alimentación diaria o al régimen que se sigue y comprende el conjunto de alimentos y platos que se consumen cada día. Por tanto, la dieta es la unidad de la alimentación (Esquivel-Hernández, *et al.*, 2014)

La dieta, en su mayor parte, está constituida por alimentos preparados en diferentes platos, teniendo diversos procesos de elaboración y por ende, cierto grado de complejidad enmarcada en un contexto cultural específico y las preferencias están influidas por factores socioeconómicos, personales, situacionales; además de elementos de tradición familiar e incluso raciales, ya que las personas no eligen nutrimentos, eligen alimentos (Esquivel-Hernández *et al.*). Además, como se mencionó anteriormente, los alimentos tienen una función de integración social por lo que la

dieta tiene significados culturales que a través del arte gastronómico expresan valores, formas de pensar y entender su entorno, entre otros.

Se considera que si en la dieta se tiene el valor nutrimental deseado para cada individuo (siendo diversa para recibir todos los beneficios de los alimentos), podría contribuir a mantener el tono vital y a prevenir la aparición de gran cantidad de *enfermedades no trasmisibles (ENT)* como varios tipos de cánceres, patologías cardiovasculares, entre otras; además de mejorar los niveles de glucosa en los diabéticos.

Anteriormente se señaló que la elección de los alimentos no está mediada únicamente por las cualidades nutritivas y ello conlleva a que tampoco es el hambre el elemento fundamental al momento de elegir. Los factores más predominantes para escoger los alimentos son de carácter sensorial, psicosocial y cultural; dando paso a diversos estados de ánimo y a la formación de gustos, hábitos y costumbres. Por ello, en la conformación de la dieta se conjugan tanto elementos individuales como sociales y culturales, por consiguiente en la dieta también se consideran los hábitos y costumbres que determinan el modo, el momento y orden en que se consumen los alimentos; permitiendo, por ejemplo, la no ingesta de algunos alimentos a pesar de su disponibilidad en el hogar o en la región. Así, la combinación de estos aspectos da lugar a múltiples dietas dentro de una familia, comunidad, región y país (Esquivel-Hernández, *et al.*, 2014).

Existen elementos que son susceptibles de atención en la conformación de la dieta, tales como la distribución de los alimentos, el ambiente que se genera durante el tiempo de comer y la socialización que se logra. En la distribución de los alimentos se destaca que se hace de manera desigual, tanto en orden como en cantidad, estando relacionados los criterios que rigen tales diferencias con asuntos como las jerarquías y tradiciones familiares. En el ambiente que se

genera y el grado de socialización que se alcanza, se destacan las diversas dinámicas que se pueden propiciar, debido a las diferencias que existen al comer solo o en grupo, el grado de interacción entre los comensales, así como las conversaciones que se desarrollen. Aspectos que crean condiciones para hacer de la comida un momento placentero o desagradable (Esquivel-Hernández *et. al.*).

1.2. Comportamiento y conductas alimentarias

Pocos son los textos que se han atrevido a definir con exactitud el concepto de *conducta alimentaria*, debido a que –como ha ocurrido en muchas investigaciones- dan por sentado la definición de sus variables, sin existir una claridad conceptual, desconociendo que es una tarea primordial, ya que los conceptos son las unidades básicas y esenciales de todo conocimiento, en especial si hablamos de ciencia (Diez & Moulines, 1997).

Teniendo como punto de partida el término *conducta* en un enfoque psicológico, esta definición surge desde los albores del paradigma conductista con Watson (1913, citado en Shunk, Vega Pérez, Pineda, & Ortiz, 2012), quien expone que la conducta son *aquellos fenómenos visibles, objetivamente comprobables o factibles de ser sometidos a registro y verificación, y que son siempre respuestas o reacciones del organismo a los estímulos ambientales*. Sin embargo, este término se ha extendido no solo al campo de la psicología en general, sino que actualmente también es común a la Sociología, Antropología, y a otras disciplinas interesadas en el ser humano, lo que ha conllevado a una multiplicidad de definiciones acerca de este término, dificultando una construcción conceptual que integre las diversas disciplinas.

Sobre el término *conducta alimentaria* ha sido complejo hacer un rastreo de una definición clara y única, ya que parece haber caído en la brecha de múltiples definiciones, la mayoría algo vagas y amplias, y que fácilmente pueden ser confundidas con otros términos similares como hábitos o prácticas de alimentación. Ejemplo de lo anterior es la definición dada por Osorio, Weisstaub & Castillo (2002), quienes exponen que la conducta alimentaria hace referencia al “*comportamiento normal que está relacionado con: los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas en ellos*”; esta definición además de excluir los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), al decir que es un “comportamiento normal” (ya que los TCA se expresan por medio de **conductas**, pero disfuncionales), también crean confusión conceptual al incluir los hábitos alimentarios como parte de la conducta alimentaria, desconociendo que son los hábitos alimentarios los que están conformados por conductas , y no de forma inversa.

Otra definición de *conducta alimentaria* es la dada por Domínguez-Vázquez, Olivares, & Santos (2008) quienes la definen como “*el conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos*”; siendo esta una definición bastante amplia y que no deja en claro cuáles son los elementos que conforman la conducta alimentaria.

Sin embargo, las confusiones conceptuales sobre el término *conducta alimentaria*, parecen devenir más desde la confusión conceptual -y no poco común- de los términos **conducta y comportamiento**. López-Espinoza, *et al.*, (2014) describen la diferencia entre conducta alimentaria y comportamiento alimentario de la siguiente forma:

“Es evidente que el fenómeno alimentario resulta complejo para comprenderse y mucho más para explicarlo. En este sentido, el comportamiento alimentario está estructurado por una gran cantidad de tipos de conductas, entendiendo como comportamiento alimentario “absolutamente todo lo que hacen

los organismos para alimentarse” (López-Espinoza y Martínez, 2012). Antes de proseguir, cabe señalar que la Psicología toma como sinónimos comportamiento y conducta. Sin embargo, para construir una explicación admisible del fenómeno alimentario es necesario demarcar diferencias entre ambos conceptos. Para tal objetivo, en la *Figura 1* (Tomado de López-Espinoza, y otros, 2014) se identifican tres grandes estructuras ubicadas por niveles. El concepto de comportamiento alimentario es la categoría conceptual que se ubica en el nivel superior y que integra toda actividad dirigida a que un organismo se alimente. Un segundo nivel está caracterizado por fenómenos particulares que integran el comportamiento alimentario, entre los que es posible señalar la producción, el procesamiento, la conservación, el consumo, entre otros. Las flechas señalan las relaciones que existen entre ellos. Es evidente que existen elementos de la producción que afectan el consumo y viceversa. En este esquema, todos los elementos del segundo nivel se encuentran relacionados entre sí.

Ahora bien, en un tercer nivel se identifican los Eventos Temporales Conductuales (ETC) que integran cada uno de los fenómenos del segundo nivel. Es necesario señalar que los ETC son las unidades básicas del comportamiento alimentario y es en ellos en los que se puede identificar tanto las características particulares de la alimentación como las posibles alteraciones (p.ej., patogenicias alimentarias); en consecuencia, es en este nivel en el que se pueden intervenir para lograr modificaciones. Las flechas representan la secuencia temporal en la que se presentan los ETC haciendo alusión al concepto de regularidad temporal propuesto por Cannon (Cannon y Washburn, 1912). Así, las ETC están integradas por tipos y relaciones entre conductas. Con ello quedan establecidas las diferencias entre comportamiento alimentario y conducta, es decir, las diferencias están en la función que cumplen los tipos de conducta dentro de un fenómeno particular, que a su vez integra el comportamiento alimentario como un todo” (p. 133).

Por lo anterior mencionado se puede decir que cuando Osorio, Weisstaub, & Castillo (2002) y Domínguez-Vázquez, Olivares, & Santos (2008) se refirieron a conducta alimentaria hacían referencia a comportamiento alimentario que describen López-Espinoza, *et al.*, (2014),

definición que incluye diferentes tipos de conducta, las cuales son observables en un tiempo determinado y modificables.

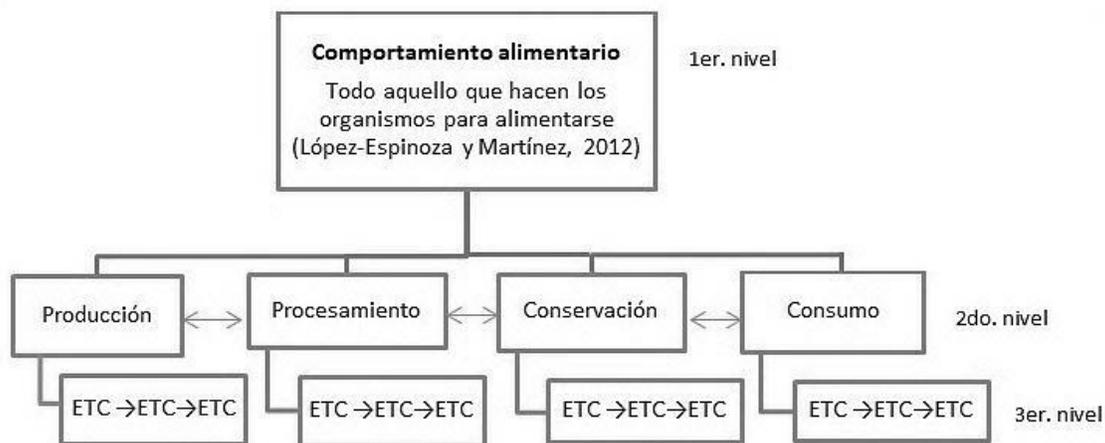


Figura 1. Modelo estructural del comportamiento alimentario

Teniendo en cuenta lo anterior descrito, así como la definición de conducta de Watson, podemos entender la conducta alimentaria como una interacción entre aspectos internos de un organismo, específicamente del ser humano, como lo son aspectos fisiológicos, psicológicos/cognitivos (aprendizajes previos, creencias) y genéticos; con aspectos externos como las costumbres y creencias culturales, factores socioeconómicos, disponibilidad de alimentos e interacciones familiares, sociales y medio ambientales, que dan como respuesta conductas observables, también llamados Eventos Temporales Conductuales a la hora de comer, como lo son la cantidad de alimentos ingerida, variedad dietaria, preferencias, horarios, lugar para comer, entre otros.

Dentro de los fenómenos particulares del comportamiento alimentario se encuentra *el consumo*, y debido a la naturaleza de la investigación y el interés por centrarnos en las conductas que acompañan este fenómeno se hará un análisis más detallado sobre éste.

Según López-Espinoza *et al.*, existen cuatro tipos de conducta que integran los ETC (o conductas) del consumo: el hábito alimentario, la preferencia alimentaria, la selección del alimento y el consumo de alimento. Las conductas que surgen de cada uno de estos tipos están en constante interrelación unos con otros; por ejemplo el hecho de que un organismo tenga conductas de selección por ciertos tipos de alimentos aumenta sus posibilidades de que sea preferido positivamente y posteriormente consumido, hasta crearse el hábito alimentario. En la *Tabla 1* se encuentran las características particulares de estos tipos de conducta.

Tipo de conducta	Características
Hábito alimentario	Cuándo, dónde, con quién, intervalo temporal en el que se presenta, características del lugar
Consumo de alimento	Cuánto, duración del periodo de consumo e intervalo temporal entre consumos
Selección de alimentos	Cuál de una variedad sin que se acompañe de consumo, secuencia de selecciones
Preferencia alimentaria	Cuál de lo inmediatamente disponible acompañado de consumo, secuencia de consumo

Las conductas relacionadas con los alimentos se desarrollan durante los primeros años de vida a través de la experiencia directa con la comida en el entorno familiar y social, y como cualquier otra conducta puede ser modificada por medio del aprendizaje en otras etapas de la vida. Estas

conductas al volverse comunes y repetitivas en el tiempo se convierten en parte de los hábitos alimentarios. Igualmente estas conductas no actúan por separado entre sí, y por el contrario se mantienen en una interrelación dinámica constante.

Tabla 1. Características particulares de los tipos de conducta que integran un ETC

1.2.1. Desarrollo de la preferencia, selección y consumo alimentario

Las conductas relacionadas con la selección, preferencia y consumo de alimentos están tan estrechamente interrelacionadas que es difícil hacer un análisis de cada uno de estos tipos de conducta por separado. Los hábitos alimentarios también hacen parte esta dinámica, sin embargo se hará un apartado diferente exclusivamente sobre estos, ya que el hábito alimentario reúne y concluye los demás tipos de conducta.

Comenzando por las preferencias alimentarias, éstas dependen de diversas variables como la genética, la cultura, disponibilidad de los alimentos, aprendizajes previos del individuo, entre otros. La base genética de las preferencias se evidencia al existir una predisposición a que se prefieran los alimentos dulces y salados, y se eviten sabores amargos y agrios, hecho importante para la supervivencia del ser humano y su progreso como especie, ya que desde la psicología evolutiva se ha dicho que el desarrollo del gusto y la evasión a la comida amarga era una forma en la que el hombre primitivo estaba alerta ante comida en mal estado o alimentos venenosos.

Generalmente es fácil observar estos restos de esta conducta filogenética en la ontogenia del ser humano, ya que es común que en los niños se presenten dificultades al momento de introducir nuevos alimentos a su dieta, conduciendo en muchas ocasiones a conflictos entre

padres e hijos; no obstante, *la neofobia*, la cual define el temor o rechazo a alimentos nuevos o poco conocidos, es una manifestación normal de muchos animales omnívoros (Fischler, 1995).

Existen estudios que llevan a pensar que la neofobia podría atenuarse o anularse mediante mecanismos de familiarización y de interacción social. Algunos de los datos de estas investigaciones relacionados con los gustos de los niños entre dos años y medio a cinco años han mostrado la importancia de dos factores en el ajuste de los niños ante alimentos nuevos: la presencia del sabor dulce y la “familiaridad”. La familiaridad no se trata de una cualidad intrínseca de los alimentos, sino una consecuencia de la experiencia alimenticia individual, y el grado de familiaridad resulta de las coacciones sociales ejercidas sobre el repertorio alimentario propuesto a los niños. Estos resultados parecen sugerir que la neofobia podría ser evitada o atenuada gradualmente, entre otros mecanismos, por el rodeo de la familiarización, que está ligada probablemente a la socialización progresiva del niño y, también puede ser apoyado por el “tono” gratificante que representa el sabor dulce (Birch L. L., 1979)

La neofobia comienza a expresarse aproximadamente a los dos años y generalmente coincide con el periodo transicional hacia una dieta “adulta”, en donde todos los alimentos comienzan siendo desconocidos para el niño, y la preferencia por lo dulce y lo salado se hace más evidente al aceptar con mayor facilidad alimentos que tengan estas características (Cooke, 2004).

Las conductas neofóbicas se relacionan no solo con la *preferencia* sino también con la *selección* y el *consumo*, ya que la neofobia abre una opción de selección (la no-selección), y al existir rechazo por ciertos alimentos será poco probable que sean consumidos.

La *selección* de lo que se consume en los adultos depende en gran medida del aprendizaje que el individuo ha tenido durante su vida en relación con los alimentos, ya que puede elegir entre lo que está disponible en su contexto, las costumbres que su cultura le ha transmitido y sus

posibilidades socioeconómicas. Por otro lado, la selección de alimentos en los niños depende mucho de lo que le oferten sus cuidadores y padres; y a partir de estas ofertas desarrollarán sus preferencias, las cuales afectarán su consumo y posteriormente la construcción de los hábitos alimentarios.

Muchos cuidadores restringen ciertos alimentos a los niños, comúnmente dulces, mecato, comidas rápidas, que generalmente se asocia con comida no saludable, y fuerzan a sus hijos a ingerir otro tipo de productos como frutas y verduras (Sherry *et al.*, 2004), negando así la posibilidad de que los niños puedan seleccionar por sí mismos los alimentos que consumen, lo cual se ha asociado con un aumento en la preferencia y consumo de los alimentos etiquetados como no saludables, incluso ante la ausencia de hambre (Birch, Fisher, & Davison, 2013).

Respecto al *consumo*, una de sus características es la cantidad de alimento que se ingiere. Como todo ser humano, los niños tienen la capacidad de percibir sus propios procesos de regulación, es decir, sentir qué tan hambrientos o qué tan satisfechos se encuentran; sin embargo, son los padres quienes les enseñan qué tanto se guían por estos procesos internos o, en su lugar, si se guían por otros factores externos, por ejemplo, dejar el plato vacío o comer durante un lapso de tiempo determinado, pudiendo dar como resultado una ingesta excesiva de alimentos, y como consecuencia la aparición de sobrepeso y obesidad (Birch & Fisher, 1995); por otro lado, no dejar que el niño coma lo suficiente (por ejemplo, porque se demora mucho) y como consecuencia la posibilidad de que aparezca características de bajo peso.

El hábito alimentario aunque es un tipo de conducta que teóricamente se ubica junto con los demás (preferencia, selección y consumo), reúne características importantes que lo hacen diferenciar, ya que es en el hábito donde se consolidan y se vuelven cotidianas las conductas que se fueron desarrollando en los primeros años de vida.

1.3. Hábitos alimentarios

Un aspecto importante del comportamiento alimentario son los hábitos alimentarios. López-Espinoza *et al.*, (2014, citando a van't Riet, *et al.*, 2011), expresan la importancia de comprender los hábitos alimentarios desde sus dos componentes (hábitos y alimentario). Así, definen *hábitos* como “*la secuencia de actos aprendidos, que han sido reforzados en el pasado y son evocados por el ambiente*”, además, aclaran que los hábitos son conductas que se presentan o repiten en determinados periodos. Por otra parte, *alimentario* hace referencia a “alimentarse”, es decir, al consumo de alimentos necesarios para subsistir.

Teniendo en cuenta tales definiciones, y considerando aportes de otros autores López-Espinoza *et al.*, definen *hábitos alimentarios* como “*un tipo de conducta adquirida mediante aprendizaje, que se presenta con regularidad temporal y se modifica en relación con los cambios en los estímulos alimentarios. Este tipo de conducta se encuentra interrelacionada con otros tipos de conductas propias del comportamiento alimentario*”.

Por otro lado, Franco-Paredes, Valdés, & Escoto (2014) si bien coinciden en que hábitos alimentarios hacen referencia a conductas aprendidas que se repiten con regularidad, agregan un elemento importante al mencionar que, para que los hábitos se constituyan se requiere que estén de acuerdo con las normas socioculturales establecidas por un grupo o que sean coherente con el estilo de vida del individuo o de la comunidad. Además, expresan que los hábitos alimentarios se relacionan con el número de comidas al día, los horarios, los hábitos de compra, el almacenamiento y manejo del alimento, los acompañantes que se seleccionan, la forma en que se decide cuánto come cada miembro de un grupo, las técnicas y tipos de preparación culinaria y el orden en que se sirven los alimentos. Por consiguiente, los lugares idóneos para promover hábitos alimentarios adecuados desde la infancia son la escuela y el hogar.

Una tercera definición la aportan Ruiz-Moreno, Del-Pozo, Valero-Gaspar, Ávila-Torres, & Varela-Moreiras (2013) quienes definen los hábitos alimentarios como el resultado del comportamiento más o menos consciente, colectivo en la mayoría de los casos y siempre repetitivo, que lleva a seleccionar, preparar y consumir un determinado alimento o menú como una parte más de las costumbres sociales, culturales y religiosas y que, está influenciado por múltiples factores (socioeconómicos, culturales, geográficos, nutricionales, etc.). En consecuencia, los hábitos alimentarios definen la dieta y condicionan el estado nutricional que, finalmente tiene gran importancia en el estado de salud presente y futuro.

En pocas palabras, los hábitos alimentarios son los comportamientos repetitivos en relación con la comida y abarcan desde la elección y compra de los alimentos hasta la preparación y consumo de los mismos, incluyendo las particularidades en relación a las porciones, lugares e interacción familiar. Tales comportamientos se encuentran inmersos e influidos por factores socioculturales y condiciones medioambientales.

Los hábitos alimenticios se van adquiriendo a medida que el niño crece y va reconociendo los alimentos que sus cuidadores le ofrecen, y de estos va seleccionando aquellos que le son más familiares y más llamativos por sus características organolépticas, por ello la importancia de la gastronomía en los niños, ya que un alimento llamativo aumenta la posibilidad de consumo por parte del infante. El destete es un proceso en donde los cuidadores ofrecen diferentes tipos de alimentos, y cada cultura tiene diversas estrategias para la introducción progresiva de estos. Maier, Chabanet, Schaal, Issanchou, & Leathwood (2007) han descrito que las guías existentes en algunos países con directrices para orientar a los padres en la transición de la leche a los alimentos sólidos contienen recomendaciones específicas de la cultura que difieren de un país a

otro, aunque se enfoquen en razones fisiológicas y de comportamiento que subyacen a la introducción de alimentos nuevos.

Dado que en la formación de los hábitos alimentarios es tan relevante la interacción entre los miembros de la familia al momento de comer, de preparar los alimentos, etc., la importancia de la interacción del niño con su medio ambiente, y en especial con su cuidador, es un elemento mencionado por autoras como Restrepo & Maya-Gallego (2005) las cuales afirman que dicha interacción tiene una particular importancia en los primeros años de vida. Considerando que las características de este vínculo afectivo pueden favorecer o afectar negativamente la formación de gustos y rechazos y, por ende, el establecimiento de hábitos alimenticios que se forman a través del aprendizaje. Así, el rol materno cobra relevancia significativa en la forma como el niño comienza a formar la aceptación o el rechazo a un alimento. Además, sin desconocer las predisposiciones genéticas como la preferencia por los sabores dulces y la aversión por los sabores amargos; se evidencia el valor que tiene el aprendizaje en el proceso de crianza en la adquisición de preferencias y aversiones.

Recapitulando, el fenómeno del consumo en el ser humano está atravesado por diversos factores además del instintivo, como el aspecto cultural, factores socioeconómicos, factores familiares y, especialmente, el aprendizaje que cada ser humano particular tuvo en sus primeros años de infancia, y el que va obteniendo a lo largo de su vida. La predisposición genética generalmente es modificada por diversos tipos de experiencia: más exposición a ciertos sabores u olores, familiaridad visual, aprendizaje nutricional, entre otros (Scaglioni, Salvioni, & Galimberti, 2008)

La forma en que los niños se alimentan es un proceso complejo donde intervienen varios factores. ¿Qué?, ¿cómo? y ¿cuándo? comen los niños son establecidos, en gran medida, por

determinantes de procesos familiares y culturales que van desde las creencias sobre la comida, cultura o religión a la que pertenecen, la disponibilidad de los alimentos, el tiempo disponible para preparar la comida, preferencia de los cuidadores, percepciones y preocupaciones con respecto al tamaño de los niños (Black & Creed-Kanashiro, 2012).

El papel de los padres o cuidadores principales es fundamental en el aprendizaje de los niños en todos los ámbitos, entre ellos el de la alimentación. Es por esto que los estilos de crianza y las conductas que asumen los adultos frente a los infantes se convierten en objeto de estudio para comprender de una manera más amplia cómo adquieren los niños sus hábitos alimenticios.

Dentro de las teorías del aprendizaje que se han desarrollado a través del devenir de la psicología como ciencia, los modelos del aprendizaje social han sido relevantes al aportar un mayor entendimiento sobre el desarrollo de la conducta alimentaria en los seres humanos, ya que es en los hogares y por medio de los cuidadores que los niños establecen sus primeros aprendizajes sobre la comida (Ogden, 2005).

1.4. Estilos parentales y prácticas parentales de alimentación

La crianza, para Rubio-Herrera (1994) hace referencia al conjunto de actitudes, creencias, costumbres sociales, percepciones y conductas relacionadas con la vida de un nuevo ser. La crianza involucra actividades para mantener alimentados y saludables a los niños, y es también un proceso que implica un involucramiento del progenitor o cuidador para contribuir al pleno desarrollo físico y psicológico de los menores a su cuidado.

Según Darling & Steinberg (1993) cada uno de los padres (o cuidadores en su defecto) en una familia tiene un estilo con el que manifiesta aquel conjunto de actitudes y de creencias que ellos asumen como ciertas, y que están relacionadas con su hijo o hija. A partir de éstos los padres

crean un clima emocional dentro del cual se expresan las conductas parentales referidas a la crianza.

Los estilos parentales (o de crianza) son características globales en las que interactúan tanto el grado de demandas -o control- que se hace hacia el niño, así como la capacidad de respuesta de los padres -o apoyo-; estos crean un clima emocional determinado. Algunos autores han afirmado que estos estilos de crianza son estables en el tiempo, sin embargo existen pocos estudios longitudinales que abarquen múltiples áreas del desarrollo con los que se pueda afirmar lo anterior (Black, Hutcherson, Dubowitz, & Berenson-Howard, 1994).

Los investigadores de las relaciones entre padres e hijos han distinguido la existencia de 4 diferentes estilos de crianza generales que han sido conceptualizados en términos de la cantidad y calidad de las dos dimensiones: *control* y *apoyo*. *El control* se refiere a qué tanto y de qué maneras los padres muestran control, exigencia de madurez y supervisión hacia sus hijos, mientras que *apoyo* se refiere a la capacidad de respuesta de los padres y la demostración de calidez afectiva, aceptación y participación por parte de sus hijos (Hughes, Power, Fisher, Mueller, & Nicklas, 2005). Estos autores referencian a Maccoby & Martin (1983, citado en Hughes *et al.*, 2005), quienes describen estas dimensiones de la siguiente manera:

- Control: Se relaciona con las exigencias de los padres ante los comportamientos de sus hijos, para una mejor integración familiar, así como atender aquellas demandas relacionadas a la madurez, supervisión, los esfuerzos de disciplina y voluntad para enfrentar al niño que desobedece.
- Apoyo: Se refiere a la sensibilidad parental, es decir, a la calidez y el grado en que los padres fomentan intencionalmente la individualidad, la autorregulación y la presunción. El apoyo también se relaciona con bajos niveles de castigo físico, la utilidad del

razonamiento por parte de los padres, la buena comunicación y la adecuada expresión de las emociones en la interacción padres-hijo.

Con respecto a ésta última dimensión se debe aclarar que tener un buen nivel de apoyo no significa que se deban consentir las demandas específicas de los niños, sino que hace referencia a la capacidad de los padres de responder en un tono emocional positivo a las señales de los niños, en donde las expectativas son explicadas claramente y los niños se sienten aceptados y con un buen nivel de afecto (Bornstein & Tamis-LeMonda, 1997).

Con base en estas dos dimensiones, los 4 estilos de crianza general que han sido descritos son: El estilo autoritativo (alto control/alto apoyo), el estilo autoritario (alto control/bajo apoyo), el estilo indulgente o permisivo (bajo control/alto apoyo), y el estilo negligente (bajo control/bajo apoyo).

Costanzo & Woody (1985) proponen que los padres no tienen un estilo parental simple y consistente y que, por el contrario, el estilo difiere entre padres, a través de los niños de una misma familia, y a través de los dominios de desarrollo del niño; por lo cual es más importante evaluar las prácticas parentales con respecto a un dominio específico que explorar los estilos parentales.

Las prácticas parentales se consideran distintas a los estilos parentales, ya que las prácticas y el significado de éstas se incrustan en el estilo parental, el cual es más global (Ventura & Birch, 2008). Las prácticas parentales, por definición, se consideran conductas que los padres utilizan para que sus hijos hagan algo específico, en el caso de la alimentación dichas conductas están dirigidas a controlar los alimentos que consumen sus hijos (Hoerr, Hughes, Fisher, Nicklas, Liu, & Shewchuk, 2009).

Sin embargo, algunos autores han adaptado el concepto de los estilos de crianza a los estilos parentales de alimentación. Similar a los estilos de crianza, los estilos de alimentación pueden ser determinados por una combinación de las dos dimensiones subyacentes de control y capacidad de respuesta –apoyo; el control hace referencia a la cantidad de alimentos que los padres alientan o restringen, y el apoyo se refiere a cómo los padres estimulan y responden a las conductas de sus hijos durante los momentos de alimentación (Hughes *et al.*, 2005).

Se ha encontrado que las prácticas de estilo autoritario (alto control/bajo apoyo) se pueden manifestar de dos maneras diferentes: el Presionador y el Restrictivo, ambas maneras relacionadas con una mayor ingesta calórica por parte de los niños (Sacco, Bentley, Carby-Shields, Borja, & Goldman, 2007). Según Johnson y Birch (1993, citado en Hughes *et al.*, 2005) en el tipo Presionador es común escuchar la premisa “dejar el plato limpio”, y de esta manera los niños no aprenden a guiarse por factores internos de saciedad, sino que aprenden a recibir la porción que sus padres o cuidadores estimen para ellos.

Asimismo, algo que se presenta a menudo en la infancia es la sobrealimentación compensatoria, en la cual la madre compensa su ansiedad por el bienestar del infante, alimentándolo excesivamente, hecho que repercutirá en el aumento de peso del niño (Rubio-Herrera, 1994).

El tipo Restrictivo también puede conducir a una mayor ingesta de comida con altas cantidades calóricas, ya que los padres no responden a las señales de hambre de los niños e intentan controlar la cantidad y calidad de los alimentos que consume, disminuyendo la cantidad de alimentos o no permitiendo que coman alimentos de baja calidad, y los niños al ser agentes interactivos buscarán la manera de suplir su necesidad de alimentación o de acceder a productos

del mercado que otros niños consumen, pero sin el acompañamiento adecuado. Este estilo autoritario restrictivo suele aparecer con frecuencia en los padres, ya que según Korbman (2007) citando un estudio realizado por la American Psychiatric Association en 1984, en una encuesta realizada se destacó que el 45% de los padres consideraba que el prohibir a sus hijos ciertos alimentos “chatarra” eran suficiente para que dejaran de comerlos, pero como se explicó anteriormente esto no ocurrió así, debido a que la restricción puede provocar que el niño incremente su gusto por dichos alimentos.

Costanzo & Woody (1985) afirmaron que los padres son más propensos a ejercer mayores niveles de control sobre la alimentación de los niños cuando aparte de estar preocupados por el desarrollo del niño, también: 1) dedican mucho esfuerzo y tiempo en la salud, el fitness y se preocupan por problemas de peso del niño; 2) perciben que el niño está en un posible riesgo de desarrollar problemas de peso o de alimentación basados en antecedentes familiares u otros factores de riesgo percibido; o 3) no creen que el niño es capaz de tener un autocontrol con la comida. Estos autores proponen la hipótesis que estos altos niveles de control parental en la alimentación pueden impedir el desarrollo de autocontrol de los niños sobre la base de la capacidad de respuesta a las señales de hambre y saciedad (Birch L. L., Fisher, Grimm-Thomas, Markey, Sawyer, & Johnson, 2001).

En cuanto al estilo autoritativo (alto control/alto apoyo), los padres no imponen una forma de alimentación determinada para sus hijos sin tener en cuenta sus elecciones. El estilo autoritativo de alimentación representa un balance entre el autoritario y el permisivo, ya que si bien eligen opciones saludables de comida para ofrecerles a sus hijos, dejan que estos elijan entre las opciones ofrecidas. Este estilo ha sido asociado a un mayor consumo de frutas y vegetales (Cullen, *et al.*, 2000), y a un menor consumo de comida chatarra (Gable & Lutz, 2000), y se ha

considerado el estilo más adecuado y saludable para guiar la conducta alimentaria de los menores.

Mientras que en los estilos autoritario y autoritativo existe una preocupación de los padres por lo que el niño consume, en el estilo permisivo (bajo control/alto apoyo) los padres permiten que sea el niño quien decida qué, dónde, y cuánto come, y los padres responden a sus demandas generalmente sin objetar. Este estilo ha sido también relacionado con bajas conductas de modelado, frecuencias más bajas de alimentos caseros preparados por las madres, poca confrontación con los niños, pero también permiten que el niño desarrolle su propio nivel de autorregulación (Hubbs-Tai, Kennedy, Page, Topham, & Harrist, 2008).

El estilo negligente o indiferente ha sido poco estudiado dentro del ámbito de la alimentación. Los padres se caracterizan por una baja capacidad de respuesta y de exigencia, por lo que puede llegar a manifestarse un rechazo o descuido hacia los hijos. Este estilo ha sido evaluado considerando dos constructos que la componen: Indiferencia en la atención hacia el niño e indiferencia respecto a la calidad de la dieta (Thompson, Mendez, Borja, Adair, Zimmer, & Bentley, 2009).

Como se mencionó anteriormente, estos estilos parentales de alimentación están basados en los estilos de crianza general, los cuales han sido descritos por Diana Baumrind en 1966 y Maccoby & Martin en 1983. La mayoría de los padres no se encasillan en un solo estilo, por lo que suelen mostrar características de varios estilos dependiendo de la dimensión de desarrollo del niño (alimentación, socialización, educación, etc.), y del niño como tal, por lo que no es extraño que en una misma familia se manifiesten diversas conductas por parte de los padres

relacionadas a la crianza, por ello se hace más importante y útil analizar las prácticas parentales de alimentación en lugar de los estilos parentales (Darling & Steinberg, 1993).

Para Darling & Steinberg, las prácticas parentales se consideran las conductas manifiestas por parte de los padres que están orientadas a una meta particular, y a través de las cuales los padres desempeñan un papel socializador al transmitir conocimientos, valores, actitudes, roles y hábitos. Estas conductas pueden ser el monitoreo, el control, los halagos, el regaño, entre otros.

Según Brenner Fox (1999, citado en Navarro-Contreras, 2006), al ser las prácticas las conductas manifiestas son las que en realidad tienen el efecto directo sobre la vida del niño, dado que son las conductas las que logran el impacto, mientras que el estilo parental actúa solo como moderador del vínculo, es decir como una constelación de actitudes que los padres asumen frente al niño, creando así un clima emocional en el que se expresan las conductas parentales, y lo que el niño desarrolla en consecuencia. El determinismo recíproco entre la conducta del niño y del padre está directamente relacionado con las prácticas parentales, pues éstas son conductas observables y susceptibles de una evaluación precisa.

Por ello, se puede decir que, las prácticas parentales en el ámbito de la alimentación se refieren a los comportamientos específicos que se evidencian en las interacciones durante las comidas con los niños, por ejemplo el número de bocados que se ofrecen, la reacción de los padres ante el rechazo o aceptación de algunos alimentos por parte del niño, entre otros. (Black & Creed-Kanashiro, 2012).

La importancia de evaluar las prácticas parentales hacia los niños, de acuerdo con Birch & Fisher (1998), radica en que éstas son centrales en el ambiente temprano de alimentación y afectan las preferencias de los niños por ciertos alimentos y la regulación del consumo de éstos.

Sumado a lo anterior, cabe resaltar que se ha demostrado que los patrones de alimentación que se desarrollen durante la infancia y la adolescencia continúan evidenciándose y suelen guiar la toma de decisiones en torno a la alimentación que se hace en la edad adulta (Perry, Zauner, Oakes, Taylor, & Bishop, 2002).

Según Hart, Herriot, Bishop, & Truby (2003) para cambiar la conducta alimentaria en los niños se requiere que los cuidadores modifiquen sus propias conductas y las respuestas que les dan a los niños, ya que ellos como educadores impactan el desarrollo de los comportamientos y actitudes alimenticias de sus niños, a través de los comportamientos que ellos moldean y refuerzan, las opiniones que expresen, las oportunidades alimenticias que ellos controlan y la información que ellos imparten. De acuerdo con Gómez (2008) las experiencias tempranas con la comida, y en especial las prácticas alimentarias de los padres tienen fundamental importancia en los hábitos de alimentación desarrollados por los individuos y las conductas alimentarias que se expresan en la edad adulta.

1.4.1. Transformaciones socioculturales que impactan la familia y las prácticas parentales.

Las prácticas parentales durante los últimos años se han ido transformando adaptándose a los diversos cambios culturales y sociales que se han ido presentando en las familias. De acuerdo a un estudio realizado por la UNESCO (2004) a través de la Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe, las pautas de crianza de las familias dirigidas a los niños y niñas han sufrido cambios en los últimos tiempos debido a diversas circunstancias. Entre éstas se encuentran: una mejor comprensión de la infancia como etapa de desarrollo distinta a la adultez, la concepción del niño como sujeto de derechos, cambios ocurridos en las familias debido a la mayor frecuencia de hogares donde ambos padres trabajan, la existencia mayoritaria de familias

monoparentales que reflejan las prácticas de crianza cambiantes. Además, la incorporación de la mujer al trabajo, con el consecuente cambio de roles generado al interior del hogar, el traspaso de responsabilidades a otras instituciones (por ejemplo a guarderías), la mayor escolarización de la población, el acceso a información a través de los medios de comunicación masivos, han generado cambios respecto a las formas de criar a los niños (Guevara-Chacabana, 2006).

Los cambios que han existido en la estructura tradicional de la familia nuclear y las dinámicas familiares inherentes a ésta, especialmente en la cultura occidental, han jugado un papel muy importante en lo referido al cuidado de los niños, ya que tradicionalmente eran las madres quienes introducían a los infantes a la comida al ser las cuidadoras principales; pero, como reconoce Otero (2004, citado en Rodríguez , 2010), en la actualidad las madres necesitan trabajar para dar todos los recursos necesarios y una mejor calidad de vida a sus hijos; por lo tanto ahora no sólo el hombre es quien provee a la casa con lo económico, sino que él también comienza a involucrarse con tareas domésticas, como lo es el hacerse responsable de la alimentación de sus hijos.

Igualmente es importante señalar que las estructuras familiares actualmente son muy diversas y existen fenómenos como las madres solteras, familias monoparentales, familias en donde los padres están ausentes y quienes crían son abuelos, tíos u otros, o familias extendidas donde la madre o el padre viven con los abuelos, tíos, primos, entre otros.

Parece claro que son cada vez más numerosas las fórmulas socialmente reconocidas a partir de las cuales se puede articular la vida familiar. Esto hace su estudio aún más complejo, pero el hecho es que tanto desde el punto de vista teórico como empírico y pese a la diversidad, la familia continúa siendo el principal transmisor del conocimiento, de valores, actitudes, roles y

hábitos que una generación transmite a la siguiente, especialmente durante su infancia y adolescencia (Naverrete, 2011).

Asimismo, la cultura juega un papel esencial en lo referente a las prácticas de crianza, ya que provee a los miembros de la familia modelos explícitos e implícitos para el cuidado de los niños; esto incluye cómo cuidar a los niños, qué características del niño son deseables, cómo debe ser una familia, qué posición tomar frente al empleo materno, qué tipo de prácticas de crianza son aceptadas y esperadas. Este último factor se torna decisivo, ya que de ahí surgen patrones importantes como: qué deben esperar los padres de los niños, dónde y cómo dar cuidados paternos a los niños y cuáles conductas paternas son apreciadas y enfatizadas (Rodríguez, 2010).

Las creencias paternas son influenciadas por lo que se plantea en la cultura en la que están inmersos, por lo cual las creencias de los padres (ideas, conocimientos, valores, objetivos y actitudes) suelen ser consistentes y variar poco entre familias de una misma cultura. Se ha conceptualizado que las creencias de los padres sirven para muchas funciones: pueden generar y configurar las conductas de los padres mediante prácticas de crianza efectivas y organizadas, así como crear un estilo parental particular, y además pueden contribuir a “continuar la cultura” ayudando tanto a definir la cultura como a la transmisión cultural a través de las generaciones (Darling & Steinberg, 1993).

Por ello, Bornstein & Cheah (2006, citado en Rodríguez, 2010) afirman que la cultura ayuda a construir a los niños moldeándolos, en parte, por medio de las creencias paternas sobre el cuidado de los niños y de las atribuciones que los padres hacen sobre las capacidades en desarrollo, las cuales también influyen en las acciones de los padres. Así los padres actúan

guiados por las restricciones de la cultura más que por lo que sus propios sentidos les dicen de sus niños.

Sin embargo, aunque el seguir los patrones culturales puede tener ventajas como tener un modelo de crianza más organizado entre los diferentes cuidadores e instituciones que velan por el bienestar de los infantes, esto puede derivar a que los cuidadores no estén atentos a las señales que los infantes les expresan, por lo que las necesidades de ellos podrían verse insatisfechas o por el contrario, estar atiborrados de excesivos cuidados en alguna esfera de la crianza.

Para finalizar este apartado se concluye que, aunque existen elementos comunes en la cultura que influyen en lo relacionado con la crianza de los menores, también existen particularidades que derivan de las transformaciones culturales que han permeado a todos los hogares de alguna u otra manera, provocando un aumento en la heterogeneidad y complejidad de las dinámicas y relaciones existentes las familias, lo que puede dificultar realizar generalizaciones sobre las interacciones familiares, especialmente si no se tienen en cuenta estas diferencias.

1.5. Problemáticas en la alimentación

1.5.1. Malnutrición.

Según la (OMS, 2006) la malnutrición hace referencia a “las carencias, excesos y desequilibrios en la ingesta de energía, proteínas y/o otros nutrientes”. Esquivel-Hernández et al., lo definen como: “un estado anormal capaz de producir enfermedad, en el cual se presenta deficiencia o exceso, absoluto o relativo, de uno o más nutrimentos en la célula”. La mala nutrición adopta dos formas generales: la desnutrición y la obesidad, y estas problemáticas por déficit y exceso representan un importante problema de salud pública, dadas las consecuencias

que tiene en la salud y en la situación alimentaria y nutricional de la población, e incluso en el desarrollo económico del país.

De acuerdo con Esquivel-Hernández *et al.*, (2014) las causas de la malnutrición pueden estudiarse desde el punto de vista de una triada ecológica: agente, huésped y ambiente.

- Agente: El agente fundamental de la desnutrición es una deficiencia de alimentos, mientras que el exceso de nutrimentos energéticos ocasiona la obesidad. Por tanto, ciertos nutrimentos indispensables para el organismo están ausentes en la dieta. Estas alteraciones alimentarias pueden relacionarse con dos factores: en primer lugar, la cantidad de alimentos ingeridos, la cual puede ser menor a la necesaria para todas las funciones orgánicas, o excesiva y acumularse en forma de tejido adiposo. Otro elemento es la baja calidad de los alimentos consumidos en la dieta, es decir, su pobre valor nutrimental o calórico. Los trastornos pueden ser parciales o totales y, respecto a su duración, agudos o crónicos (estos últimos son los más frecuentes).

En la obesidad, el agente principal es el excesivo consumo de ciertos nutrimentos que se almacenan en el organismo como grasa y alteran, en gran medida, la homeostasis, en primer lugar debido al mayor peso que debe desplazar el individuo obeso y, en segundo, porque aumenta el trabajo del corazón, la circulación y la actividad respiratoria. A esto se le suma que la cantidad de alimento por persona, en un sitio dado, puede disminuir ya sea a causa de catástrofes naturales (sequía, inundaciones) o de desastres artificiales o sociales (pobreza, sobrepoblación, guerras).

- Huésped: En el individuo que sufre mala nutrición, pueden existir varios factores que influyen en la enfermedad, por ejemplo la presencia de otros trastornos, infecciones, alergias o alteraciones endocrinas; defectos morfológicos como paladar hendido o

malformaciones glandulares; incremento o disminución de los requerimientos nutrimentales, por ejemplo durante el crecimiento, embarazo y lactancia, o por una menor o mayor actividad física, y factores socioculturales, tales como ignorancia de las necesidades nutrimentales, del valor calórico o nutricio de los alimentos, así como la negligencia o los malos hábitos alimentarios que influyen en la elección y la cantidad de los alimentos que se consumen (incremento en el tamaño de las raciones).

- Ambiente: La mayoría de los factores ambientales que influyen en la mala nutrición son difíciles de controlar, porque dependen del régimen político de un país o de la economía nacional. Entre estos se encuentran factores como:
 - Sanitarios: contaminación de los alimentos por microorganismos, esporas, u otros agentes biológicos ocasiona su pérdida o, en caso de ser consumidos, produce enfermedad.
 - Culturales: los malos hábitos de alimentación y la deficiente educación nutrimental pueden obstaculizar una adecuada nutrición, lo que se traduce en un inadecuado patrón de consumo de alimentos en la familia. Por ejemplo el destete temprano y la ablactación con alimentos de bajo valor nutrimental, entre otros.
 - Socioeconómicos: la mala distribución de la riqueza ocasiona situaciones extremas: la pobreza y la desocupación pueden generar carencias en el consumo de alimentos, así como mala elección de alimentos y consumo alto de energía, mientras que un alto poder adquisitivo puede favorecer un excesivo consumo de alimentos e, incluso, su desperdicio. Asimismo, los recursos naturales y la tecnología de un país influyen en la disponibilidad y calidad de los alimentos que llegan a la población.

- Psicológicos: la falta de adaptación a un medio social, escolar o familiar, así como los desequilibrios emocionales pueden repercutir en el deseo de ingerir más o menos alimentos y, por tanto, en el estado de nutrición del individuo.

Colombia, al igual que otros países de Latinoamérica, está viviendo actualmente un proceso de transición demográfica, epidemiológica y nutricional. Esta afirmación hecha por Fonseca, Ayala, Uribe, & Castaño (2014) en un boletín para el Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Colombia (OSAN), expresan cómo las rápidas transformaciones económicas que están sucediendo en el país tienen consecuencias en otros ámbitos.

A diferencia de los países americanos, la transición demográfica de los países del llamado *viejo continente* ocurrió durante varios siglos, lo que les permitió adaptarse más fácilmente a estas transiciones y la existencia de varias etapas. Según La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2004) citado por Fonseca *et al.*, países europeos tuvieron una etapa pretransicional de alta mortalidad y fecundidad, y las tasas de crecimiento de la población fueron relativamente bajas; luego ocurrió un aumento de las mismas por efecto de la disminución de la mortalidad y la permanencia todavía de una alta fecundidad. Posteriormente desciende la mortalidad y la fecundidad y como consecuencia se produce una reducción en la tasa de crecimiento de la población. Finalmente, se llega a un nuevo equilibrio, ahora con baja mortalidad y fecundidad, y también con una baja tasa de crecimiento de la población.

En varios países de América Latina están ocurriendo transformaciones similares, con la diferencia que estos cambios ocurren en décadas, lo que dificulta la regulación de las tasas de crecimiento poblacional, dando como resultado un crecimiento desmedido, que a su vez afecta a

otras variables de la población como lo es el desarrollo económico, educativo, sanitario, entre otros.

La transición epidemiológica está relacionada con la transición demográfica. El modelo propuesto por Omran (2010, citado por Fonseca *et al.*, 2014), explica que las sociedades pasan por tres etapas: edad de la peste y hambre, edad de las pandemias y edad de las enfermedades degenerativas. Actualmente la mayor parte del mundo se encuentra en la tercera etapa, lo que ha permitido un aumento en la esperanza de vida, pero una menor calidad de esta. Al ser enfermedades de larga duración los costos de sostenimiento son mucho más elevados que los de otros tipos de enfermedades, y por ende países que poseen un bajo índice económico se les dificulta responder a la población por tratamientos adecuados para una mejora en la calidad de vida y sostenimiento de ésta.

El término transición nutricional, según Popkin (2006, citado por Fonseca *et al.*), generalmente es usado para países en desarrollo donde se han presentado cambios en las dietas tradicionales ricas en cereales y fibras a nuevos patrones dietarios altos en el consumo de azúcares y grasas, y traen como consecuencias el incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad que a su vez se relacionan con el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes y la hipertensión arterial.

Sumado a la rápida aparición de situaciones de sobrepeso y obesidad, en países como Colombia permanecen otras problemáticas nutricionales que han sido prevalentes como la desnutrición y deficiencias de micronutrientes. Se habla de *doble carga nutricional* cuando en un mismo hogar (o en un mismo sujeto) se presentan tanto problemáticas de desnutrición como de obesidad, y aunque suene paradójico es una situación muy común. Esto se ha convertido en un

serio problema de salud pública, ya que millones de niños y adultos mueren de forma prematura tanto por problemas de desnutrición como por enfermedades crónicas asociadas al exceso de peso. Si no se toman las medidas necesarias para controlar estas problemáticas habrá un alarmante aumento en las próximas décadas de los índices de sobrepeso y obesidad, así como de retraso en talla, que incluso se pueden presentar en una misma persona, con los subsecuentes costos que para la atención en salud conllevaría que se extiendan en el país (Popkin, 2006, citado por Fonseca *et al*, 2014).

1.5.2. Desnutrición.

De acuerdo a la OMS (2006), la desnutrición es el resultado de una ingesta de alimentos que es, de forma continuada, insuficiente para satisfacer las necesidades de energía alimentaria, de una absorción deficiente y/o de un uso biológico deficiente de los nutrientes consumidos. Así también lo expresa Esquivel-Hernández *et al.*, (2014), quien refiere con este término a todas las condiciones en las que existe una deficiencia en la ingestión, absorción o utilización de los nutrimentos, así como una situación de gasto o pérdida excesiva de calorías, que afecta el aporte y metabolismo de los principios nutricios. La desnutrición a se ha clasificado de acuerdo a diferentes criterios:

Por su etiología:

- Desnutrición primaria: Es la que deriva de la ingestión de dietas insuficientes e incompletas para las necesidades del individuo. El organismo se desnutre porque no recibe la cantidad necesaria o la calidad adecuada de alimentos. Por tanto, se considera como el aporte inadecuado, en sentido cualitativo y cuantitativo, de nutrimentos.

- Desnutrición secundaria: Existen alteraciones fisiopatológicas que afectan al organismo e impiden una correcta digestión, absorción o utilización de los nutrientes aunque el aporte nutricional pueda ser adecuado.
- Desnutrición mixta: Se presenta cuando se combinan las dos anteriores, es decir, la dieta insuficiente e incompleta provoca trastornos biológicos, como las infecciones, las cuales a su vez impiden la utilización de la poca cantidad de alimentos que se consume, esto crea un círculo vicioso que conlleva a una desnutrición aguda o crónica, lo cual depende del tiempo que persistan estas condiciones.

Por su tiempo de evolución

- Aguda: De aparición y evolución rápidas; si se trata de manera oportuna, se tiene un buen pronóstico. Se origina por supresión brusca de alimentos y, por lo general, no evoluciona más allá de una desnutrición de primer grado. Se presenta; por ejemplo, en pacientes después de una intervención quirúrgica con supervisión médica y nutricional inadecuadas, o ante desastres naturales o políticos de gran magnitud.
- Subaguda: Se presenta a lo largo de un periodo más prolongado que la anterior, aunque los daños son reversibles en su mayoría, requiere de acciones más prolongadas para su tratamiento y recuperación. Evoluciona a una desnutrición de primero o segundo grados y, en raras ocasiones, puede llegar a tercer grado. Se llega a observar, por ejemplo, en lactantes cuando el destete es inadecuado.
- Crónica: Se instala con lentitud y es de evolución prolongada. Produce daños irreversibles y puede llegar hasta desnutrición de tercer grado, por lo que su rehabilitación requiere de un tratamiento sostenido de largo plazo. Se genera por una ingestión baja en

energía y, en particular, en proteínas; en este caso, la presencia de infecciones intensifica los daños de la desnutrición.

Clasificación de la OMS: En el grupo de niños menores de cinco años donde la desnutrición es más frecuente, la OMS recomienda emplear las mediciones de peso, talla y edad relacionadas con índices que permiten clasificar la desnutrición en:

- Baja talla para la edad: También es llamada *Desnutrición crónica*, ya que un déficit en la altura refleja carencias nutricionales durante un tiempo prolongado, por lo que aumenta el riesgo de que contraiga enfermedades y afecta al desarrollo físico e intelectual del niño. La desnutrición crónica, siendo un problema de gran magnitud por número de niños afectados, es a veces invisible y recibe menor atención.
- Bajo peso para la edad: O *Desnutrición aguda moderada*, ya que el peso es un indicador de carencias agudas. Requiere un tratamiento inmediato para prevenir que empeore.
- Bajo peso para la talla: O también conocida como *Desnutrición aguda grave o severa*, y es considerada la forma de desnutrición más grave, debido a que los niños caquéxicos presentan mayor riesgo de enfermedad y muerte que los grupos anteriores. Además, tiene efectos adversos en el desarrollo intelectual.

Colombia ha sido un país en el que históricamente han existido altos índices de desnutrición, especialmente es comunidades vulnerables que se encuentran en lugares remotos de las zonas céntricas del país. Sin embargo, durante los últimos años los índices de desnutrición han disminuido, probablemente por la puesta en marcha de Políticas de Seguridad Alimentaria y Nutricional, las cuales a través del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional del 2012, se puso en marcha el Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Colombia

(OSAN), el cual ha velado que las pequeñas acciones que van en pro de mejorar la disponibilidad, el acceso, el consumo y la utilización de alimentos con buenos valores nutricionales actúen en conjunto y así obtener mayores resultados en la situación alimentaria y nutricional de la población colombiana.

Pese a lo anterior, aún faltan algunos esfuerzos para mejorar las condiciones alimentarias de los niños en edad preescolar, especialmente en algunas zonas del país. Según las cifras presentadas durante el 2014, el 35,4% de los niños nacieron por debajo del peso durante ese año; y hasta mediados de 2015, 120 menores habrían muerto por desnutrición. (Noticias Caracol, 2015; El Universal, 2015).

1.5.3. Sobrepeso y obesidad.

La Organización Mundial de la Salud ha definido el sobrepeso y la obesidad como “una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud” (OMS, 2015), siendo el índice de masa corporal (IMC) el indicador que se utiliza con mayor frecuencia para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos, dado que establece una relación entre el peso y la talla; no obstante, hay que considerar esta relación a título indicativo porque es posible que no se corresponda con el mismo nivel de grosor en diferentes personas y las estadísticas son difíciles de establecer en niños y adolescentes dados los constantes cambios por el crecimiento. El IMC es el producto de la división del peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla (kg/m^2). Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso y un IMC igual o superior a 30 determina obesidad.

Esquivel-Hernández *et al.*, (2014) complementan la definición al expresar que la obesidad es un trastorno de la nutrición caracterizado por un aumento en la cantidad de grasa o triglicéridos

que se almacenan en el tejido adiposo. Se presenta cuando la energía utilizada por el organismo es menor que la consumida, lo que da origen a un aumento del peso corporal. Los autores destacan que es una enfermedad multifactorial (medio ambiente, cultura, fisiología, metabolismo y genética), que resulta de la interacción entre el genotipo y el ambiente. De esta manera, se constituye como un trastorno en constante crecimiento en la mayor parte de los países, tanto desarrollados como en vías de desarrollo.

De acuerdo con cifras de la OMS (2015), desde 1980 la obesidad se ha multiplicado por más de dos en todo el mundo. En el 2013, más de 42 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso. En el 2014 más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, representando un 39% de la población (un 38% de los hombres y un 40% de las mujeres) y de los cuales, más de 600 millones eran obesos, representando un 13% de la población adulta mundial (un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres). Además el 65% de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad cobran más vidas de personas que la desnutrición u otras enfermedades relacionadas con el bajo peso, ya que presentan alto riesgo de morir de manera prematura a causa de enfermedades relacionadas con la obesidad, junto con las enfermedades cardiovasculares y la diabetes mellitus tipo 2, que constituyen el grupo de enfermedades no transmisibles y son las primeras causas de muerte en países en vías de desarrollo.

Estas cifras comprometen a los sistemas de salud de los países desarrollados y en vía de desarrollo, ya que estas enfermedades generan altos costos, lo que ocasiona que se necesita mayor inversión en el control de las enfermedades cuando estas ya se han manifestado, en lugar de invertir más recursos en la creación de programas de prevención que eviten su evolución. Por ello se ha considerado que intervenir los malos hábitos alimenticios y promover la actividad

física en la infancia es esencial para frenar los altos índices de obesidad, sobrepeso y enfermedades degenerativas y crónicas en la vida.

- Etiología:

La obesidad es un trastorno de causas múltiples, comprendido en un conjunto de condiciones diversas. El peso corporal se determina por la interacción entre factores genéticos, ambientales y psicosociales, los cuales actúan a través de los mediadores fisiológicos de ingestión y gasto de energía.

La principal causa de la obesidad y el sobrepeso es el desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas, esto se da generalmente por el aumento en el consumo de alimentos industrializados e hipercalóricos, que sustituyen cada día y en mayor frecuencia a los preparados en los hogares; y el aumento de las raciones. La aceptación en la dieta familiar de productos industrializados y comidas rápidas, que aportan altos porcentajes de grasa, sal y azúcares (y bajos contenidos de vitaminas, minerales y otros micronutrientes), responde a las nuevas lógicas de vida en la ciudad, en las cuales se tiene un ritmo acelerado, los tiempos laborales y de traslado al hogar son prolongados y las mujeres tienen una mayor incorporación en el medio laboral.

Por otro lado, el estilo de vida sedentario aunado a formas de trabajo que no implican movimiento, es una de las causas de la obesidad y una forma de disminuir su incidencia y contribuir a prevenirla es la realización frecuente de ejercicio, dado que tiene una influencia importante en la regulación fisiológica del peso corporal y el almacenamiento de grasa. La actividad física incrementa el gasto energético (utilizando la grasa como principal proveedor de energía), condición física y sensibilidad a la acción de la insulina.

La predisposición genética también es uno de los factores causales y menos de 1% de los pacientes obesos tiene alguna disfunción importante, ya sea hipotalámica, hipofisaria, tiroidea o suprarrenal (Esquivel-Hernández, *et. al.* 2014).

Los cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo y la ausencia de políticas de apoyo en sectores como la salud, la agricultura, el transporte, la planeación urbana, el medio ambiente, el procesamiento, la distribución y comercialización de alimentos y la educación son elementos que tienen consecuencias en los cambios de hábitos alimentarios y en la práctica de actividad física por parte de la población (OMS, 2015).

- Consecuencias:

La OMS expresa que un IMC elevado es un factor de riesgo significativo en la aparición de enfermedades no transmisibles (ENT), como las enfermedades cardiovasculares (principalmente cardiopatía y accidente cerebrovascular), que en 2012 fueron la causa principal de defunción; la diabetes, los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis); y algunos cánceres (del endometrio, la mama y el colon). Por tanto, el riesgo de contraer estas enfermedades no transmisibles crece con el aumento del IMC.

La obesidad infantil se asocia con una alta probabilidad de obesidad, muerte prematura y discapacidad en la edad adulta. Además, los niños obesos sufren dificultad respiratoria, mayor riesgo de fracturas e hipertensión, y presentan indicios tempranos de enfermedad cardiovascular, resistencia a la insulina y efectos psicológicos (trastornos alimenticios, depresión, ansiedad, alteraciones del esquema corporal, entre otros).

Actualmente, la obesidad y el sobrepeso se consideran un problema de salud pública en todo el mundo. En América Latina, la prevalencia de obesidad se incrementa en todos los grupos de población, en particular los de nivel socioeconómico bajo y esto implica también que la obesidad y el sobrepeso son enfermedades que coexisten con carencias de micronutrientes, vitaminas y proteínas, por tanto individuo obeso presenta un estado de mala nutrición (Esquivel-Hernández *et al.*, 2014).

Colombia, a pesar de ser un país que en el pasado se caracterizó en cuestiones de nutrición con los índices de bajo peso y deficiencias nutricionales, también se encuentra afectada con este problema que se ha detectado a nivel mundial. Los reportes señalan que entre los años 1995 y 2010 ha habido un incremento significativo en los índices de sobrepeso y obesidad infantil, pasando de tener 2.6% de niños preescolares con sobrepeso en 1995 a 4.3% de niños entre 5 y 9 años y el 10,3% de niños entre 10 y 17 años con sobrepeso en 2005 y 13,4% de la población entre 5 y 17 años con sobrepeso y el 4,1% obesidad, siendo más frecuente la obesidad en el grupo de 5 a 9 años de edad, en el año 2010 (Fajardo, 2012). Según estos datos epidemiológicos se observa un claro incremento del sobrepeso y obesidad infantil en el país que aumenta con el pasar de los años, y se prevé que los índices aumentarán en los siguientes, ya que la población colombiana, en general, no está lo suficientemente informada acerca de esta problemática y por tanto, no percibe el riesgo que genera para la salud.

1.5.4. Inapetencia infantil

Según Gómez (2008), una de las situaciones más comunes que surgen a raíz de un inadecuado entendimiento de la conducta alimentaria es lo que se puede denominar “inapetencia infantil”, la cual deriva en consultas médicas frecuentes por parte de padres preocupados porque su niño “no come”. La mayoría de estos menores son sanos demuestran un

crecimiento saludable, ya que la supuesta inapetencia surge debido a unas mayores expectativas de los padres con respecto a la cantidad de comida que debe ingerir el menor. Cuando los padres tratan de obligar al niño a comer más, podrían acarrear problemas a futuro en su relación y desarrollo normal con la alimentación, bien sea porque prescinden de las señales internas de saciedad al someterse a lo que sus padres le indican, o porque se ejerce una constante lucha entre los padres y el menor, quien se resiste a ingerir más alimentos, lo que es posible que culmine con castigos por parte de los padres y puede dañar la relación que se intenta que se intenta construir entre el menor y los alimentos, debido a que se comienzan a asociar con ambientes hostiles y consecuencias negativas posteriores.

Sin embargo hay que resaltar que en ocasiones sí existe una real inapetencia por parte de los niños, la cual puede estar acompañada por desnutrición, e incluso obesidad. Ortiz & Barragán (2012) clasifican la inapetencia infantil en los siguientes grupos:

- Niño normal con apetito limitado: Es el niño normal, pero a menudo con estatura baja. El riesgo para estos niños es la preocupación de los padres, que conduce a métodos de coacción de alimentación. Esta preocupación puede ser inapropiada impulsado por las expectativas de crecimiento que no son adecuados para el niño, pero está alcanzando un crecimiento satisfactorio basado en la altura media de los padres. Estos padres son demasiado ansiosos; podrían adoptar métodos coercitivos que adversamente pueden afectar al niño.
- El niño vigoroso con poco interés en la alimentación: Es fácilmente saciado, y fácilmente distraído al comer. Estos niños están alertas, activos y curiosos, y están más interesados en su entorno que la comida. Los padres de estos niños pueden mostrar ansiedad y puede

llevar a los padres de familia a una coerción con la alimentación y participar en una lucha de poder con su hijo.

- Niños tristes que comen poco: Su pérdida de apetito es parte de una retirada global en la que no sonríen, no balbucean, y el contacto visual entre el niño y el cuidador no son discernibles. Están sujetos a la pérdida de peso y es evidente la desnutrición, que en sí misma es otra causa de anorexia. Es muy frecuente que el bebé este siendo desatendido, o haya sido víctima de abuso físico.
- Niño con falta de apetito debido a una enfermedad orgánica: Se considera que los trastornos de la alimentación en los niños son heterogéneos y pueden incluir una variedad de problemas incluyendo alteraciones médicas en el sistema motor de la boca y de comportamiento. Una conducta alimentaria típica que sugiere patología gastrointestinal superior es el niño que después de unos sorbos, le causa un dolor aparente, que lo expresa en llanto, e interrumpe la alimentación.
- Niños con ingestión altamente selectiva. Son niños extremadamente sensibles a los olores, sabor, apariencia y se negará a la sustitución de sus alimentos preferidos, ellos se guiarán por el olfato, el gusto o la apariencia. Estos niños no son fáciles a animarse a aceptar sustituciones por tanto retienen sus alimentos preferidos. Dependiendo de la composición nutricional de la dieta consumida estos niños pueden experimentar un compromiso nutricional, y se puedan evidenciar por un bajo peso, baja talla o un aumento considerable de peso, junto con otras problemáticas, como de concentración y adecuado rendimiento en sus actividades; por ejemplo los niños que sólo aceptan los purés y texturas suaves pueden tener el sistema motor de la boca inmaduros, ya que no han aprendido a masticar, y puede afectar adversamente también el habla.

En algunos de anteriores grupos descritos se menciona cómo la preocupación de los padres y algunas conductas de ellos juegan un papel en la inapetencia infantil; no obstante, al igual que la mayoría de diagnósticos médicos tienden a ser algo reduccionista al centrarse principalmente en el niño como causante principal de su propia inapetencia. Davis *et al.* (2006) rompieron un poco con este criterio, y reconceptualizaron las dificultades de alimentación como dificultades en las relaciones y afirmaron que el ambiente y los factores parentales influyen y mantienen los problemas de alimentación.

Se ha encontrado que se puede interactuar con los menores de diferentes formas, y estas conductas demostradas por parte de padres o cuidadores estarán en consonancia con el desarrollo y mantenimiento de dificultades alimentarias. Entre las que se han reconocido están las agendas cada vez más apretadas de los padres que impiden una atención adecuada al niño durante la alimentación, exigencias de comportamiento excesivamente rígidas, falta de reconocimiento de las señales de saciedad, el comportamiento caótico de los padres/cuidadores (problemas de salud mental), falta de comprensión acerca de la comida adecuada, no exponer al niño a una gama amplia de alimentos e incapacidad para proporcionar un adecuado ambiente durante la alimentación (Bryant-Waugh, Markham, Kreipe, & Walsh, 2006).

A lo largo de los apartados del marco teórico se ha venido resaltando la importancia que tienen los padres/madres o cuidadores en la configuración de la relación con los alimentos que establecen los menores, así como su responsabilidad en tratar de proporcionar una adecuada dieta que aporte los diferentes nutrientes que los menores necesitan, sin desconocer que en ocasiones las dificultades económicas son el mayor impedimento para proporcionar la variedad dietaria

necesaria en los primeros años de vida. Sin embargo, este trabajo se centra en las Prácticas Parentales de Alimentación Infantil, entendidas como aquellas conductas, generalmente permeadas por creencias y valores culturales, emitidas por los padres hacia lo menores para lograr que estos se alimenten adecuadamente, sin indagar por el contenido nutricional que los alimentos ofrecidos contengan. En los siguientes apartados se describirá con más detalle cómo este aumento del interés por papel de los padres en la alimentación de los niños ha venido acompañado de una creciente problemática de malnutrición a nivel mundial, y que en el país también se ha manifestado con sus características particulares.

2. Planteamiento del problema

El número de estudios observacionales de las Prácticas Parentales de Alimentación Infantil (PPAI) en los momentos de alimentación han ido en aumento durante las últimas décadas, como una manera de obtener una mayor comprensión al fenómeno mundial de la obesidad infantil, el cual va en rápido aumento especialmente en países en desarrollo (Amigo, 2003; Guevara-Chacabana, 2006). También este tipo de estudios han apuntado a comprender cómo los niños moldean sus conductas alimenticias a partir de lo que sus padres o cuidadores les indican, y así construyen una relación propia con la comida, y crean sus propios hábitos de alimentación (Moreno-Villares & Galiano-Segovia, 2006; Domínguez-Vázquez, Olivares, & Santos, 2008; Birch, Savage, & Ventura, 2007).

La mayoría de estos estudios se han realizado en lugares donde la obesidad infantil ha alcanzado índices alarmantes. Estados Unidos es un ejemplo claro, ya que fue en este país donde comenzó el auge por este tipo de investigaciones, especialmente con personas de escasos recursos e inmigrantes, los cuales paradójicamente presentaban altos índices de obesidad (Sherry, y otros, 2004). En países como México, Chile, Brasil y Perú también se han interesado por evaluar las prácticas parentales de alimentación, dado que, principalmente en los tres primeros, se presentan altos índices de obesidad infantil (Amigo, 2003).

En el contexto colombiano los índices de obesidad infantil también han ido en aumento. Según la Encuesta Nacional sobre la Situación Nutricional y de Consumo de Alimentos en Colombia (ENSIN, 2005), en el 2005 un 3,1% de los niños en edad preescolar presentaban exceso de peso; y según la ENSIN, 2010 a nivel nacional el 13,4% de la población entre 5 y 17 años presenta sobrepeso y el 4,1% obesidad, observándose que la obesidad es más frecuente en el grupo de 5 a 9 años de edad, el sobrepeso predomina en las niñas y en los niños la obesidad.

En los adultos también se ha presentado un aumento de los índices de exceso de peso, ya que en el 2005 se reportó un porcentaje de 46% y en 2010 este fue de 51.2%.

Actualmente, dados los cambios en la alimentación por la forma de vida, en muchas familias los hábitos alimentarios están caracterizados por la ingesta de dietas ricas en grasa, harinas refinadas y azúcares, esta configuración puede propiciar la aparición de problemas clínicamente significativos, incluyendo trastornos tanto físicos como psicológicos, entre los que se encuentran los trastornos de la conducta alimentaria, la obesidad y el sobrepeso (Guevara-Chacabana, 2006).

La nutricionista colombiana Esperanza Fajardo (2012) en un análisis realizado acerca de la obesidad infantil en el país, expresó que las causas más comunes a las que se han asociado el aumento de la obesidad es que los alimentos ricos en energía y que producen mayor saciedad, altos en grasas y carbohidratos, se encuentran a precios más bajos y con mayor facilidad de acceso; lo que favorece las preferencias por este tipo de alimentos en la población colombiana, que en su mayoría tiene un nivel de ingresos medio-bajo. Además, las personas compensan los periodos en que el alimento es escaso con un incremento en el consumo, tanto en frecuencia como en cantidad, cuando hay disponibilidad. Este comportamiento favorece cambios cíclicos de peso corporal, lo cual provoca cambios metabólicos que hacen más eficientes los mecanismos para acumular grasa corporal, dando lugar a un mayor incremento del peso.

No obstante, el aumento de peso no representa la existencia de un buen estado nutricional, ya que el consumo de alimentos ricos en azúcares, grasas y carbohidratos procesados tienen un pobre aporte de vitaminas y minerales, lo que puede conllevar a que se presenten deficiencias de micronutrientes, por lo cual una persona con exceso de peso no necesariamente está “bien alimentada”; y debido a las limitaciones económicas, en la elección de alimentos predomina

suplir la necesidad fisiológica del hambre en lugar de realizar un aporte nutricional significativo de nutrientes al organismo.

Por otro lado, la desnutrición infantil sigue siendo una problemática importante, y aunque hayan disminuido los índices de desnutrición en los niños en nuestro país, aún siguen existiendo muertes, baja calidad de vida, retrasos en el desarrollo y dificultades en el aprendizaje por esta causa.

En Colombia se presentan todos los tipos de desnutrición infantil: bajo peso para la edad, baja talla para la edad y bajo peso para la talla, siendo esta última la más preocupante porque afecta directamente el desarrollo cognitivo y físico de los infantes, incluso llegando a la mortalidad. Se ha encontrado que las poblaciones más vulnerables de padecer desnutrición se caracterizan por pertenecer a los niveles 1 y 2 del SISBEN, bajo nivel educativo de las madres, residir en áreas rurales y ser familias con más de 5 hijos (ENSIN, 2010).

Las anteriores condiciones descritas reflejan que una parte importante de la población colombiana pasa por situaciones de inseguridad alimentaria, la cual hace referencia a la no disponibilidad ni acceso a alimentos nutricionalmente ricos y el uso desigual de los recursos para cosechar y producir víveres importantes para la nutrición balanceada de la población. Si bien la inseguridad alimentaria y las limitaciones económicas pueden conllevar a estados de malnutrición en la infancia, los cuales han captado el interés de investigadores en el área de la salud pública por las implicaciones que tienen en el desarrollo y la calidad de vida de los menores, también afectan la construcción de los hábitos alimenticios y la relación con los alimentos que los niños establecen en el hogar, ya que al igual que los estados de malnutrición, factores socioeconómicos como la disponibilidad de alimentos y la calidad de éstos inciden en la

cantidad consumida y en la variedad dietaria, los cuales afectan la capacidad de autorregulación y la preferencia por comida de alto contenido calórico y poco aporte nutricional.

Adicionalmente se debe tener en cuenta que muchos niños comúnmente presentan problemáticas no clínicas en sus hábitos de alimentación como lo son la poca ingesta, el desinterés, poca concentración al momento de comer, preferencia por un sólo tipo de alimento, rechazo por alimentos nuevos o poco conocidos, entre otros; y los padres buscan estrategias para lograr que sus hijos coman los alimentos y la cantidad que consideran adecuados; sin embargo en ocasiones las creencias de los padres sobre lo que es una alimentación conveniente para sus hijos es errónea, e igualmente pueden usar estrategias sin conocer las repercusiones a futuro de algunas prácticas de control en la conducta alimentaria de los hijos que no son consecuentes al desarrollo de un comportamiento alimentario apropiado o a una capacidad de autorregulación en la ingesta.

Desde la psicología evolutiva se ha estudiado ampliamente la adquisición de las preferencias alimentarias en la infancia, la cual destaca significativamente el papel del aprendizaje, ya que sitúa al individuo en un entorno rico en conductas, respuestas y reforzadores; de igual forma también ha existido explicaciones sobre el desarrollo de las preferencias desde modelos cognitivos y psicofisiológicos. Dentro de los modelos evolutivos, el aprendizaje asociativo hace referencia a cómo influyen factores contingentes sobre la conducta, que pueden considerarse reforzadores en el sentido del condicionamiento operante (Ogden, 2005).

El entorno familiar es el primer contexto en el que las conductas que emiten los niños son reforzadas o extinguidas, y también donde los menores inician su proceso de socialización y de aprendizaje observacional, es decir, observan comportamientos que emiten las personas cercanas

y significativas como posibles respuestas ante ciertos estímulos. Sin embargo, es común que en las familias no se tenga conciencia de cuáles son las variables que inciden en la creación y modificación de hábitos alimenticios ni perciban que sus mismos hábitos y preferencias influyen en los que van desarrollando y adquiriendo los menores, y por ende, no tienen las herramientas para influir en las problemáticas no clínicas asociadas a la alimentación que son comunes durante la infancia. En este sentido, el conocimiento de las PPAI puede tener un impacto positivo en la búsqueda de alternativas de solución ante los problemas cotidianos relacionados con la alimentación, y que tienen particularidades en cada familia.

De igual manera, cada vez más se ha ido evidenciando cómo el papel de los padres en la enseñanza de hábitos, preferencias y conductas alimentarias ha perdido relevancia, y actualmente no son únicamente ellos quienes son partícipes de la crianza de los niños y del desarrollo del comportamiento alimentario, sino que entes externos como las guarderías y especialistas médicos tienen una influencia significativa en la toma de decisiones relacionadas con el establecimiento de pautas alimentarias en sus hijos. En general, los padres/cuidadores no son conscientes de la responsabilidad que recae sobre ellos en los momentos de interacción con los menores durante la alimentación, y de cómo las conductas emitidas desde ambas partes influyen recíprocamente. Por lo tanto, muchos padres en el afán de alimentar a sus hijos según lo que consideran adecuado, no son receptivos a las conductas emitidas por los niños, por lo que los infantes aprenden a guiarse por los hábitos y comportamientos establecidos en el hogar, que no necesariamente están relacionados con las señales de hambre y saciedad, ni con el aporte nutricional de los alimentos.

Por consiguiente, los cuidadores al acompañar los momentos de alimentación ejercen conductas de control sobre los niños según sus propias creencias, y en ocasiones normalizan algunos comportamientos de rechazo, inatención hacia la comida y preferencias por los

alimentos con alto contenido de grasas y azúcar. Estos fenómenos al no ser percibidos por las familias como una problemática, son trivializados y se considera que con el tiempo los niños mejorarán su forma de alimentarse; por el contrario, lo que se puede obtener es la instauración de hábitos poco saludables que conllevan a estados de malnutrición y al padecimiento de enfermedades no transmisibles.

Es este sentido, en algunos países como México, Brasil y EEUU las investigaciones sobre las PPAI han comenzado a despertar interés como una posible forma comprender el fenómeno y de obtener información para crear programas de intervención y prevención a los estados de malnutrición infantil (tanto en déficit como en exceso), ya que los índices de estas problemáticas son preocupantes, especialmente desde el exceso, el cual va en aumento en la población a nivel mundial.

Estos estados de malnutrición infantil afectan el desarrollo normal físico y psicológico; la desnutrición al ser un estado en el que el cuerpo se encuentra en déficit de nutrientes impide un adecuado desarrollo de las funciones cognitivas y motoras que repercutirán en el rendimiento escolar y la socialización temprana del infante (Save the Children, 2013). Por otro lado, el exceso de peso en los niños es preocupante para la salud pública, ya que la obesidad infantil tiende a perpetuarse durante la vida adulta con grandes repercusiones sobre la morbilidad y la mortalidad de una población (Carrascosa, 2006). De esta manera, las enfermedades no transmisibles asociadas al sobrepeso y obesidad acarrearán millones de costos para su sostenimiento, y sin embargo no logran asegurar una calidad de vida adecuada.

Igualmente, desde las PPAI se comienzan a instaurar hábitos y creencias alrededor de los alimentos que pueden desencadenar, en conjunción con otras variables, trastornos de la conducta

alimentaria (TCA), al igual que otros fenómenos que si bien no encajan en los diagnósticos de Anorexia o Bulimia, también afectan el bienestar psicológico de quienes los padecen, como son la baja autoestima y autoconcepto, distorsiones en la percepción corporal, estados de ánimo alterados, entre otros.

El exceso de peso, por otra parte, al ser un estado que se aleja del ideal social actual entorno al cuerpo, acarrea que las personas con esta condición no sean bien recibidas por los otros, conllevando de esta manera a dificultades en la socialización, baja autoestima, depresión y ansiedad, las cuales en muchas ocasiones, por la perpetuación de lo aprendido con las PPAI, la manera de responder al malestar psicológico es incrementando o disminuyendo significativamente el consumo de alimentos, perpetuando el estado de malnutrición ya presente en ellas.

2.1. Pregunta de Investigación

Como se ha descrito, las PPAI cumplen un papel importante en el desarrollo de hábitos alimenticios, el estado nutricional de los menores, el desarrollo de enfermedades no transmisibles en la vida adulta que impactan la salud pública y la salud mental de la población. En Colombia se han realizado estudios que tratan el tema de las prácticas de alimentación en general, y que según el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición en Colombia son necesarios como un insumo para plantear políticas, programas y proyectos alimentarios y nutricionales que partan desde la misma población (Galvis, Buitrago, Marín, Jaramillo, & Signorelli, 2014). Si bien se han realizado estudios en diversas partes de mundo sobre las PPAI, se han utilizado diversidad de instrumentos para obtener esta información. En este sentido, se abre la pregunta sobre ¿Qué similitudes y diferencias existen entre los resultados obtenidos por medio de un método de

recolección de información de autorreporte y un método observacional por medio de videograbaciones de los momentos de alimentación que den cuenta de las PPAI?

2.2. Sistematización del área problemática

- ¿Qué conceptos existen en relación a las prácticas parentales de alimentación?
- ¿Qué tanta claridad conceptual existe acerca de las PPAI y términos relacionados?
- ¿Cómo se pueden evaluar las prácticas parentales de alimentación infantil?
- ¿Qué semejanzas y diferencias existen entre lo observado en las videograbaciones y lo reportado en los cuestionarios?
- ¿Qué conductas por parte de los padres se pueden observar dentro de los hogares que refuerzan conductas no deseadas en los niños durante los momentos de alimentación?

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Describir en forma comparativa las prácticas parentales de alimentación reportadas por medio del CFQ y las prácticas observadas en las videograbaciones y sistematizadas por medio del FMCS; en cuatro (4) familias del área metropolitana del Valle de Aburrá.

3.2. Objetivos específicos

- Describir las prácticas parentales de alimentación infantil identificadas por medio del cuestionario de autorreporte CFQ, aplicado a cuatro cuidadoras de niños entre los 3 y 5 años
- Describir las prácticas parentales de alimentación observadas en videograbaciones de dos (2) diferentes almuerzos en las cuatro (4) familias.

4. Justificación

Durante las últimas décadas el tema de las prácticas parentales de alimentación infantil (PPAI) ha sido de alto interés investigativo a nivel mundial, ya que su estudio ha permitido obtener una mayor comprensión de fenómenos como la obesidad y la subnutrición infantiles, así como del desarrollo de los hábitos alimentarios en edades tempranas. Sin embargo, las investigaciones sobre las PPAI se han centrado, en su mayoría, en la obesidad infantil, ya que los índices de esta problemática han aumentado considerablemente en todo el mundo.

En Colombia los índices de obesidad y sobrepeso han presentado, durante las últimas dos décadas, un crecimiento continuo en población infantil, ya que en 1995 el 2.6 % de los niños menores de 5 años tenían sobrepeso, llegando esta cifra al 20% en 2010 (ENSIN, 2010; Fajardo, 2012).

Por otro lado, la desnutrición continúa siendo una problemática vigente, especialmente en ciertas zonas del país en las que se presenta mayor inseguridad alimentaria (Fonseca, *et al.*, 2014). Sin embargo, se ha logrado una disminución en los índices de desnutrición en gran parte por el esfuerzo de entidades gubernamentales que han prestado atención a este fenómeno y a la construcción de programas para enfrentarlo. La baja talla para la edad pasó de 21% en 1990 a 13,2 % en 2010, y el bajo peso para la edad pasó de 21.1% en 1965 a 3.4% en 2010. (ENSIN, 2010; Fajardo, 2012).

Estos índices demuestran que actualmente existen unas problemáticas relacionadas con la alimentación infantil, tanto desde el exceso como desde el déficit. Sin embargo, a diferencia de la desnutrición, la obesidad y el sobrepeso se han vuelto problemáticas más alarmantes debido a su crecimiento acelerado en los últimos años, además de no ser visibilizado por las entidades

gubernamentales del país como un problema a intervenir, hasta el año 2009 en el que se aprueba la Ley 1355 (Congreso de la República de Colombia)“Por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención”.

Debido a lo anterior, se vuelve importante que diversas disciplinas se interesen por investigar los elementos relacionados con esta problemática. La psicología como profesión que también se inscribe en el ámbito de la salud, y como ciencia que estudia el comportamiento y los procesos mentales, se ha interesado por indagar sobre el desarrollo de los hábitos alimenticios y cómo intervenir a nivel comportamental y educativo en el ámbito familiar, ya que es en el hogar donde se forman las primeras relaciones de los niños con los alimentos, y donde construyen sus preferencias y primeros hábitos. Ventura & Birch, (2008), explican la importancia de las estudiar las PPAI al afirmar que los niños pequeños dependen de sus padres y cuidadores para alimentarse, y que la toma de decisiones que ellos hagan en relación a qué comer, cuándo, cuánto, en qué contexto, y con qué prácticas desalientan o promueven algunos alimentos, serán determinantes en el aprendizaje temprano que tengan los niños acerca de la comida y el comer.

Si bien en el país se han tenido avances investigativos y gubernamentales en el campo de la alimentación, pocas veces se han considerado las PPAI entre las variables a intervenir, al igual que otras variables psicológicas que ejercen influencia sobre dichas prácticas y desempeñan un papel fundamental en el establecimiento de los hábitos alimenticios. Con un mayor conocimiento sobre las PPAI se podrán diseñar nuevos programas y/o reforzar programas existentes sobre alimentación, que aporten a la construcción de hábitos alimentarios adecuados en los niños, que aumenten las probabilidades de que a futuro se mantengan conductas alimentarias saludables que permitan una disminución en los índices de malnutrición asociados con la obesidad y el

sobrepeso, así como también destacar la importancia del papel que desempeñan los padres o cuidadores como referentes en la construcción de la relación de los niños con los alimentos.

Así mismo, debido a que las investigaciones relacionadas a las PPAI y las conductas alimentarias de los niños en nuestro contexto han sido poco comunes, ha existido un vacío de conocimiento de lo que ocurre en nuestro país con respecto a las estrategias que adoptan los padres para lograr que sus hijos consuman los alimentos y la cantidad que ellos consideran adecuada, por tanto es pertinente realizar este tipo de estudios que permitan aumentar el espectro de conocimiento de estas problemáticas desde la psicología, y con ello aumentar las áreas de intervención en las problemáticas de alimentación, las cuales no solo se refieren a los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), como la anorexia y la bulimia, que han sido ampliamente investigadas desde la perspectiva psicológica.

Por todo lo expuesto anteriormente, esta investigación apunta a aumentar el conocimiento sobre lo que ocurre en el interior de los hogares en relación a las PPAI en la ciudad de Medellín. De igual manera se pretende que por medio de la construcción un marco teórico que va más allá de las problemáticas de sobrepeso y obesidad, se dé cuenta de la importancia de este tema no solo para abordar la problemática del exceso de peso en la población infantil, sino también de la malnutrición en general, y cómo poder intervenirlas desde el cambio de conductas y creencias que aparecen en la relación de los niños con sus cuidadores.

5. Marco metodológico

5.1 Tipo de estudio

El presente estudio es un estudio cualitativo, de carácter descriptivo con un uso instrumental de estudios de caso, en los cuales se utilizó la observación no participante y un instrumento de autorreporte como métodos para la recolección de información.

5.2. Población / participantes

Se trabajó con un total de cuatro (4) familias. Dos (2) familias con niños y dos (2) con niñas. El criterio de inclusión fue que estuviesen entre 3 y 5 años, siendo la edad promedio de 3,8 años. Todas las cuidadoras eran mayores de 20 años. El criterio de exclusión fue que los niños no tuviesen patologías que afectaran la alimentación.

Las familias se eligieron por medio de un muestreo no probabilístico por conveniencia, dado que el estudio fue realizado durante un momento íntimo de la familia y en donde hay un menor de edad, por lo que muchas de las familias fueron renuentes a acceder a la participación en el estudio.

5.3. Instrumentos

5.3.1. Child Feeding Questionnaire.

El Child Feeding Questionnaire (CFQ), o Cuestionario de actitudes, creencias y prácticas de los padres hacia la alimentación es un auto-reporte desarrollado para identificar las prácticas de alimentación infantil, las actitudes de los padres y sus percepción sobre el peso de su hijo, usando una escala Likert de 5 puntos (Birch et al., 2001). Contiene 31 ítems, los cuales están divididos en 7 factores diferentes. Los primeros 4 factores se refieren a la percepción de los

padres en relación al peso y la preocupación por este, lo que puede evidenciar control de los padres en la alimentación:

- Responsabilidad percibida (3 ítems): Evalúa la percepción de los padres en cuanto a la responsabilidad de la alimentación infantil.
- Percepción del peso del padre -o persona que responde el cuestionario- (4 ítems): Evalúa la auto-percepción del peso a lo largo de la historia de vida de la persona que responde el cuestionario.
- Percepción del peso del niño (3 ítems): Evalúa la percepción de los padres acerca del peso de sus hijos a lo largo de su historia de vida.
- Preocupación de los padres acerca del peso del niño (3 ítems): Evalúa la preocupación de los padres acerca del peso del niño y su riesgo a tener o contraer sobrepeso.

Los siguientes 3 factores evalúan las actitudes y prácticas de los padres con respecto al uso de estrategias de control en la alimentación infantil.

- Monitoreo (3 ítems): Evalúa el grado en que los padres supervisan la alimentación de sus hijos.
- Restricción (8 ítems) Evalúa el grado en que los padres restringen el acceso a algunos alimentos a sus hijos.
- Presión para comer (4 ítems): Evalúa la tendencia de los padres a presionar a sus hijos a comer más, por lo general en las comidas principales.

Según el cuestionario original cada factor posee una buena consistencia interna, por lo que posee una buena confiabilidad según puntajes de alpha de Cronbach mayores a 0.7. En la tabla 1 se muestran los valores de estadística descriptiva de cada factor.

Tabla 2. Valores de estadística descriptiva y consistencia interna para el modelo final de 7 factores

Factor	Desviación Estándar	Consistencia interna
Responsabilidad Percibida	3.4 ± 0.95	0.88
Percepción del peso del padre	3.1 ± 0.78	0.71
Percepción del peso del niño	2.9 ± 0.50	0.83
Preocupación de los padres acerca del peso del niño	2.3 ± 1.15	0.75
Presión para comer	2.5 ± 0.95	0.70
Restricción	4.0 ± 0.78	0.73
Monitoreo	3.6 ± 0.91	0.92

La aceptación de este instrumento para evaluar las prácticas parentales de alimentación ha sido significativa y se han intentado adaptaciones a diversas poblaciones: Inmigrantes hispanos y afroamericanos (Kong, Vijayasiri, Fitzgibbon, Schiffer, & Campbell, 2015) suizos (Nowicka, Sojonen, Piertrobelli, Angelo, Flodmark, & Faith, 2014), chinos (Liu, Mallan, Mhrshahi, & Daniels, 2014), turcos (Camci, Bas, & Buyukkaragoz, 2014), hebreos (Lev-Ari & Zohar, 2013), franceses (Monnery-Patris, *et al.*, 2011), japoneses (Geng, *et al.*, 2009), australianos (Corsini, Danthiir, Kettler, & Wilson, 2008) y mexicanos (Navarro-Contreras, 2006).

Sin embargo, una de las limitantes de nuestro estudio es que no se ha realizado una adaptación a la población colombiana, la cual permita conocer valores reales de confiabilidad y validez en nuestro contexto.

Para esta investigación se redujo a 26 ítems, ya que cinco ítems aplican para niños que están por fuera del criterio de inclusión de edad, por lo que se descartan en el presente estudio.

5.3.2. Video-grabaciones.

Se utilizaron dos cámaras, la primera es una Sony Cyber-shot DSC-W180 y la segunda es una Cannon Powershot A450. Para todas las grabaciones se utilizó un trípode de 15cm que se ubicaba en una superficie cercana y elevada al lugar en que se consumen los alimentos en los diferentes hogares.

5.3.3. Family Mealtime Coding System (FMCS).

El FMCS fue desarrollado por Haycraft & Blisset (2008), el cual es un sistema de codificación observacional basado en el Child Feeding Questionnaire (Birch *et al.*, 2001), y tiene como objetivo determinar las prácticas de alimentación de los padres con sus hijos al momento de las comidas principales. Las autores describe este instrumento con las siguientes cuatro sub-escalas:

- *Presión para lograr que el niño coma:* Estímulos verbales de los padres para que el niño consuma más alimentos; por ejemplo, “*come un poco más*”, “*solo un poco de frijoles*”, “*tres cucharaditas más*”. Incluye el uso suave de coerción: “*solo comete la carne*”, “*trata una cucharada más*”.
- *Ayuda física para lograr que el niño coma:* El uso de estímulos físicos por parte de los padres, generalmente ofreciéndole alimentos al niño. Incluye colocar alimentos en la cuchara o tenedor, y ofrecérselos al niño, o poner comida en los cubiertos para que el niño los tome y pueda comerlos.
- *Restricción de la ingesta de alimentos del niño:* Consiste en limitar el consumo de alimentos a los niños, por ejemplo, al no permitir que consuman más galletas, gaseosas, o cualquier otro alimento. Esto se puede hacer por medio de una restricción verbal: “*no puedes comer más*”, o una restricción física, por ejemplo quitarle la bolsa de galletas, o

alejarse de su alcance. Nota: Esta variable no hace referencia al control encubierto o a limitar el tamaño de las porciones.

- *Uso de incentivos/condiciones*: Los padres usan incentivos verbales o de negociación en un intento de aumentar el consumo de alimentos en los niños; por ejemplo, “*Mamá se podrá muy feliz si te lo comes todo*”, “*si te comes esto entonces te daré el postre*”.

5.4. Recolección de la información

Se contactaron las familias por medio de personas conocidas y por efecto bola de nieve. Para la recolección de información se requirieron varias visitas a los hogares de las familias participantes del estudio. En la primera visita se les explicó a los padres o cuidadores el objetivo del estudio y cómo sería su aportación a este, y de igual manera se leía el consentimiento informado y se respondían dudas que pudieran surgir. Una vez los padres aceptaban participar de la investigación se firmaban dos copias del consentimiento informado, una como soporte para la investigación y otra para la familia.

En la segunda y tercera visita se realizaron las videograbaciones, una por cada visita. Una de las investigadoras llegaba a la casa de la familia minutos antes que se sirviera el almuerzo y se ubicaba la videocámara en un lugar estratégico desde el cual se viera al niño y sus interacciones con las personas que lo acompañaban durante el momento del almuerzo. Con anticipación se les pedía a las cuidadoras que la comida preparada fuera una comida típica para él y no fuese su favorita, con la finalidad de observar conductas alimentarias cotidianas, además se le indicaba que apagase la cámara una vez eran recogidos los platos de la mesa. La investigadora permanecía por fuera del hogar durante el tiempo que, calculaba la cuidadora, duraba el almuerzo.

Durante la cuarta visita, la cual era mínimamente 15 días después de la última videograbación se procedía a aplicar el Child Feeding Questionnaire (CFQ), esto con la finalidad de reducir los sesgos en las respuestas del cuestionario a razón de las conductas manifestadas durante las videograbaciones. Junto con el cuestionario se tomaron datos socioeconómicos por medio de un formato desarrollado específicamente para este estudio para hacer una caracterización general que permita entender en contexto, algunas de las conductas manifiestas.

6. Análisis de resultados

Para el análisis de las videograbaciones se dividió cada vídeo en segmentos de 10 segundos durante los cuales registraba la aparición de las conductas de control de acuerdo las categorías del FMCS, obteniendo así el total de conductas categorizadas y el total general de conductas de control.

Luego, se utilizó la *Regla de Sturges* ($C = 1 + 3.322 \log N$) para obtener intervalos que permitieron agrupar las conductas en lapsos de tiempo, con la finalidad de organizar los datos en gráficas de frecuencia y así realizar un análisis más acertado.

Para el análisis del Child Feeding Questionnaire, una vez los cuestionarios fueron diligenciados, se procedió a la totalización del puntaje por factores, y posteriormente se promedió los totales para obtener una sola puntuación por cada factor.

6.1. Análisis Caso 1

La familia 1 está conformada por 3 miembros (papá, mamá e hija). La niña se encuentra escolarizada en un jardín infantil público. Permanece en ese espacio la mayor parte del día, por lo que recibe tres (3) alimentos: Media mañana, almuerzo y algo. El fin de semana la familia se reúne y comparten todas las comidas del día. La persona que generalmente se encarga de la alimentación de la niña es su madre, quien tiene 22 años, y su hija al momento de las videograbaciones tenía 3 años 8 meses.

Cómo se observa en la *Tabla 3*, la madre reporta que su principal forma de control de la conducta alimentaria es por medio de la *presión para comer*, con lo cual se hace manifiesto, por el contenido de los ítems del CFQ, que su interés principal durante los momentos de alimentación es asegurarse que su hija coma lo que ella considera suficiente y dado que es uno

de los factores del cuestionario que evalúa prácticas y creencias, da cuenta de que se poseen creencias significativas relacionadas con las cantidades de alimentos que deben consumirse, siendo de gran relevancia consumir todo lo que sirve, alimentarse aún sin manifestar hambre, etc. Los factores que le siguen según puntaje son el *monitoreo* y la *responsabilidad percibida*. El monitoreo indica que la madre presenta alta supervisión sobre el consumo de alimentos ricos en grasas y mecato, y la *responsabilidad percibida* da cuenta de que es la persona que mayoritariamente decide las cantidades los alimentos que se le ofrecen a su hija.

Tabla 3. Caso 1. Puntajes CFQ*

Responsabilidad percibida	Percepción del peso del padre	Percepción del peso del niño	Preocupación de los padres acerca del peso del niño	Restricción	Presión para comer	Monitoreo
4	3	3,5	1	2,5	5	4,33

*Escala Likert

Por otro lado, el factor de *preocupación de los padres acerca del peso del niño* obtuvo un puntaje bajo, lo que indica que la madre no se encuentra preocupada de que su hija coma en exceso o esté ganando peso. Se puede concluir entonces que las prácticas parentales de alimentación que caracterizan las dinámicas entre madre e hija al momento de comer están marcadas principalmente por creencias y actitudes sobre la presión para comer y una baja preocupación por la ganancia de peso en la menor.

En la videograbación 1 se observó un total de 74 Eventos Temporales Conductuales (ETC) relacionados con las escalas que analiza el Family Mealtime Coding System, y en la videograbación 2 se observó un total de 80 ETC. La Tabla 4, muestra como los ETC que más se presentaron en ambos vídeos fueron de ayuda física, seguidos por los de presión para comer

aunque estos últimos se presentaron en menor cantidad en el vídeo 1 en comparación con el vídeo 2. En general, los ETC se manifestaron de manera muy similar y sólo en el vídeo 2 hubo una práctica que no se presentó.

Tabla 4. Caso 1. Eventos Temporales Conductuales observados según el FMCS

Vídeo	Presión para comer	Ayuda física	Restricción	Uso de incentivos/condiciones	Total conductas
1	29,73%	59,46%	5,41%	5,41%	74
2	45%	46,25%	0%	8,75%	80

Al comparar el reporte del CFQ con lo observado en las videograbaciones, se encuentra que no existe una total correspondencia entre lo reportado y las prácticas observadas, ya que en las videograbaciones la categoría de *presión para comer* no representa el porcentaje más alto, aunque su porcentaje es significativo. Sin embargo, el CFQ en la categoría de *presión para comer* no distingue entre las acciones verbales y no verbales, por lo que las conductas de *ayuda física* definidas en el FMCS se relacionan con la categoría *presión para comer* del CFQ. Por lo tanto, se identifica que existe una relación entre lo que la madre reportó en el CFQ y lo que se observó en las videograbaciones.

La familia se caracteriza por comer en una mesa rectangular, con un televisor en frente, el cual se enciende minutos antes de disponer los platos en la mesa. Los tres miembros de la familia se ubican en línea mirando el televisor, lo que conlleva a que no se establezca fácilmente un contacto ocular entre los miembros. La interacción entre la familia es poca, y cuando ocurre es motivada principalmente por el programa televisivo que están observando. Desde el inicio del momento de comer el plato de la niña se ubica frente a la madre y es ella quien le da la comida a

su hija, no permitiendo que la niña coja por sí misma la cuchara y sea autónoma. En algunos momentos la niña acerca su mano al plato y agarra algún alimento que pueda asir, sin embargo es un comportamiento muy limitado.

El padre de la menor no desempeña un rol significativo en la alimentación de su hija y sólo interviene cuando percibe que tanto la madre como la hija están distraídas mirando el televisor y no están comiendo.

La restricción aunque tanto en el CFQ como en el FMCS no presenta un puntaje significativo, la acción de poner el plato de la niña frente a su madre es un evento restrictivo que permea todo el momento de la alimentación. Así se evidencia que el FMCS no permite registrar la intensidad de un ETC, dado que en este caso, la conducta restrictiva se registró al inicio, pero el sistema de codificación no da la posibilidad de registrar un evento sostenido en el tiempo.

Al observar las prácticas en detalle, se ve que en el vídeo 1 las prácticas que sobresalen inicialmente son la *ayuda física* y la *presión para comer* (ver *Figura 2*), las cuales tienen una relación inversa. Así, la mayor intensidad de Eventos Temporales Conductuales (ETC) presentados es durante el intervalo 4 cuando la práctica de *ayuda física* presenta el puntaje más elevado y la *presión para comer* llega a su puntaje más bajo, ya que si bien se observa que en el intervalo 7 todas las prácticas cesan es a razón de la finalización del evento alimenticio.

Igualmente, en el video 2 (ver *Figura 3*) las prácticas que más sobresalen son la *ayuda física* y la *presión para comer*; sin embargo, en los primeros 3 intervalos presentan un comportamiento semejante, diferenciándose de lo observado en el video 1, no obstante, a mediados del vídeo toman una conducta opuesta la cual va disminuyendo hasta que el momento de alimentación concluye.

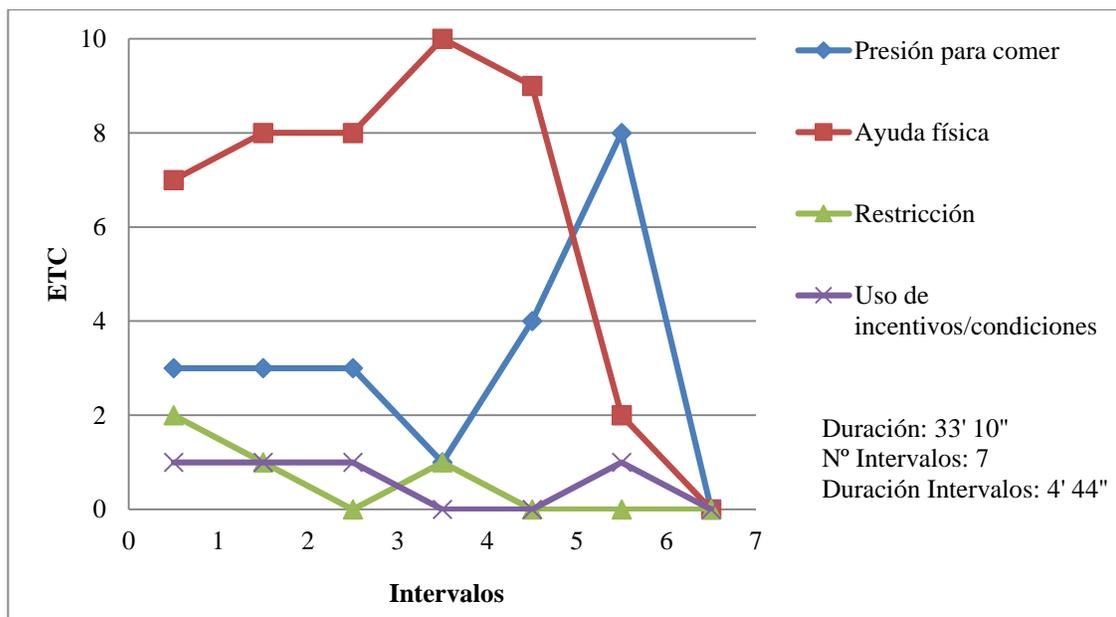


Figura 2. Caso 1. Vídeo 1. Dispersión de ETC según el FMCS.

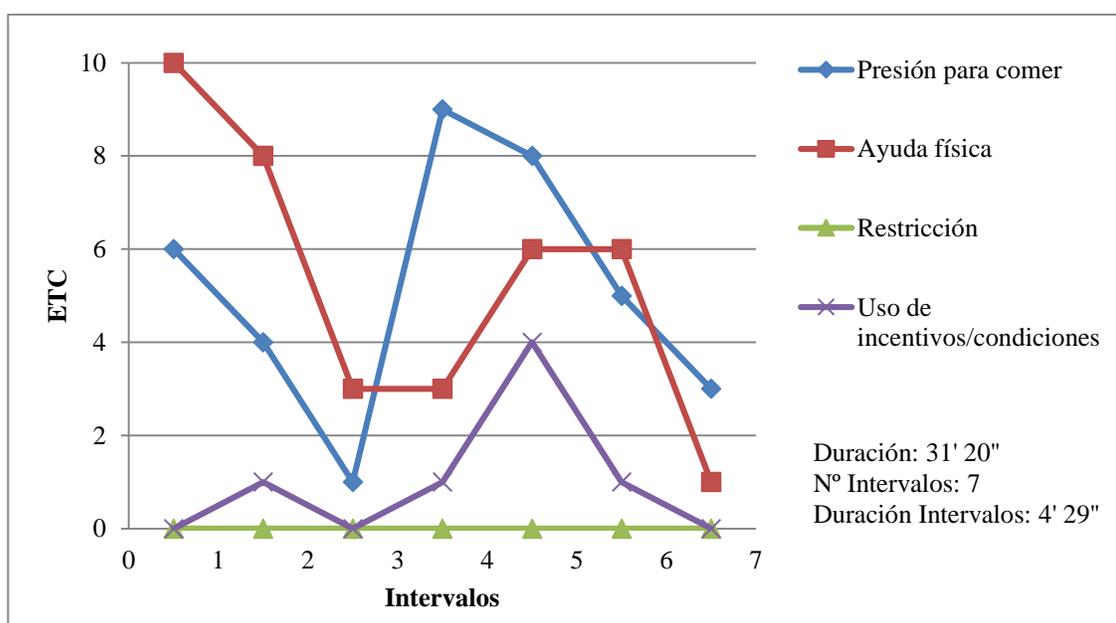


Figura 3. Caso 1. Vídeo 2. Dispersión de ETC según el FMCS.

El desarrollo de hábitos alimenticios en esta familia se encuentra limitado, según lo observado, por el excesivo control de la madre que no le permite a la niña seleccionar los alimentos de su preferencia entre los ofertados, ni tener un ritmo propio en el consumo de los mismos; situación que se puede presentar de manera diferente durante la semana, dado que la menor consume tres alimentos del día en el jardín infantil lo que hace posible que exprese conductas de alimentación diferentes según el contexto.

Por otro lado, el comer frente al televisor impide que la menor desarrolle una autoconciencia de lo que experimenta en su organismo a medida que se alimenta, al igual que la satisfacción que conlleva el consumir ciertos alimentos. Si a esto se le suman los altos niveles de control por parte de la madre, el desarrollo adecuado del autocontrol y la respuesta a las señales de hambre puede estar siendo afectado, tal como lo afirman Birch *et al.*, (2001), lo cual puede tener consecuencias a futuro sobre las cantidades y contenidos de los alimentos que se consuman.

En relación con los estilos parentales de alimentación, se puede decir que los altos niveles de control y bajo nivel de apoyo, que se evidencian a través de la poca comunicación entre los integrantes y bajos niveles receptividad de la madre hacia la hija, parecen indicar la presencia de estilo autoritario de la alimentación. (Maccoby & Martin 1983, citado en Hughes *et al.*, 2005), sin embargo esto no es concluyente, ya que los instrumentos usados no están dirigidos a identificar el estilo parental de alimentación.

6.2. Análisis Caso 2

La familia 2 está conformada por 5 personas: la abuela, la madre, el niño y dos hermanos, ambos mayores de 20 años; sin embargo, acostumbran a estar con otros miembros de la familia en los momentos de alimentación. El menor se encuentra escolarizado en un jardín infantil privado en el cual no dan ningún alimento; allí permanece hasta medio día, por lo que el niño generalmente se alimenta en su hogar toda la semana. La persona que principalmente se encarga de la preparación de los alimentos es la abuela mientras que la madre del niño, de 47 años de edad, desempeña un rol de acompañamiento y apoyo en todos los momentos de alimentación. Al realizar las videograbaciones el niño contaba con 4 años 11 meses.

En la *Tabla 5* se observa que la madre reporta como principales formas de control sobre la conducta alimentaria el *monitoreo* y la *responsabilidad percibida*. El monitoreo indica que la madre presenta alta supervisión sobre el consumo de alimentos ricos en grasas, mecató y dulces, y la *responsabilidad percibida* da cuenta de que es la persona que habitualmente decide las porciones de alimentos que se le ofertan al niño.

Tabla 5. Caso 2. Puntajes CFQ*

Responsabilidad percibida	Percepción del peso del padre	Percepción del peso del niño	Preocupación de los padres acerca del peso del niño	Restricción	Presión para comer	Monitoreo
5	3,25	3,5	1	1	3,25	5

*Escala Likert

Por otro lado, en el factor de *preocupación de los padres acerca del peso del niño* se reportó un puntaje bajo, lo que indica que la madre no se encuentra preocupada de que su hijo coma en exceso o esté ganando peso. De igual manera, la *restricción* aparece con un bajo puntaje,

mostrando que la madre no percibe la necesidad de limitar el acceso de su hijo a ciertos alimentos. Se puede concluir entonces que las prácticas parentales de alimentación que caracterizan las dinámicas entre madre e hijo al momento de comer están marcadas principalmente por creencias y actitudes sobre *el monitoreo*, una *baja preocupación por la ganancia de peso en el menor* y una *baja restricción de los diferentes tipos de alimentos*.

En la videograbación 1 se observó un total de 15 Eventos Temporales Conductuales (ETC) relacionados con las escalas que analiza el Family Mealtime Coding System (FMCS). La *Tabla 6* muestra como un 73,33% de los ETC fueron de *presión para comer*, siendo este el porcentaje más alto. En la videograbación 2 se observó un total de 28 ETC. La *Tabla 6* indica que un 32,14% de los ETC registrados fueron de *restricción*, siendo éste el porcentaje más alto, seguido de *presión para comer*.

Contrastando ambos videos se observa que las prácticas que más sobresalen no son las mismas y que existe una amplia diferencia en la cantidad de conductas restrictivas presentadas. Sin embargo, *la presión para comer* en ambos videos presenta unos porcentajes significativos, por lo cual se asemejan en este aspecto.

Tabla 6. Caso 2. Eventos Temporales Conductuales observados según el FMCS

Vídeo	Presión para comer	Ayuda física	Restricción	Uso de incentivos/condiciones	Total conductas
1	73,33%	6,67%	6,67%	13,33%	15
2	28,57%	21,43%	32,14%	17,86%	28

Al comparar el CFQ con lo observado en las videograbaciones, se identifica que no existe una concordancia entre lo reportado y lo registrado en los videos, ya que *la presión para comer* en el CFQ no puntuó significativamente, mientras que en los videos se observan que muchos de los ETC se presentan como *presión verbal*, principalmente en el vídeo 1. Por otro lado, la *restricción* en el CFQ y en el vídeo 1 aparece con un puntaje muy bajo, mientras que en el vídeo 2 se percibe que es la práctica que más se repite. A pesar de estas diferencias, se deben tener en cuenta varios factores que influyen en estos resultados. En primer lugar, la cantidad de prácticas de control usadas por la madre es relativamente moderado, aunque esto no significa que la dimensión de control explicada por Maccoby y Martin (1983, citado en Hughes *et al.*, 2005) sea bajo, ya que existe por parte de la madre una supervisión visual de que su hijo esté consumiendo los alimentos servidos. En segundo lugar, la madre y otros familiares presentes en la mesa recurren a otras estrategias diferentes a las de control para lograr que el niño esté motivado por comer, como lo son el juego y la comunicación. Por último, las conductas restrictivas aparecen en el segundo video debido a que se sirvió un elemento preferido para el niño, que en el video 1 no estuvo, por tanto la madre en un intento por alentar el de los otros alimentos presentó conductas restrictivas.

La supervisión visual observada en los videos por parte de la madre, se relaciona con el alto puntaje reportado en el CFQ en *monitoreo*, ya que este factor evalúa el grado en que los padres supervisan la alimentación de sus hijos. De igual manera se relaciona con la aparición de conductas restrictivas en el video 2, ya que si bien la madre no presenta entre sus creencias y prácticas habituales la necesidad de restringirle ciertos tipos de alimentos a su hijo, cuando el niño manifiesta preferencia por uno y descuida las otras opciones recurre a esta estrategia, que

coincide con lo reportado en el CFQ en relación a la preocupación y percepción de responsabilidad frente a la adecuada alimentación de su hijo.

La familia tiene como lugar destinado para la alimentación un comedor. Generalmente no están todos los miembros de la familia, ya que algunos estudian o trabajan, sin embargo es común que al menos 2 de ellos coincidan para sentarse juntos a la mesa. Las interacciones entre los miembros de la familia son continuas, existe una comunicación fluida y se demuestra una adecuada escucha a lo que el otro está diciendo. En las videograbaciones el niño demuestra que ha aprendido estas conductas, ya que busca interactuar con el otro constantemente por medio de la conversación o el juego, y las personas que están presentes en la mesa (especialmente la madre) por medio del juego lo incentivan a que se interese por comer. Se observaron acciones que reforzaban hábitos de higiene y comportamientos que la madre espera observar en el comedor (por ejemplo, “*no se juega con la comida*” “*no se habla con la boca llena*” “*no se coma lo que cayó en la mesa*”). El niño generalmente come por sí mismo, usa correctamente la cuchara y el tenedor, y utiliza su mano para asir alimentos que pueden agarrarse.

. Como se observa en la *Figura 4* y en la *Figura 5*, la cantidad de conductas por intervalo son moderadas, por lo que las gráficas se mantienen en la mitad inferior del área de trazado. Según la *Figura 4*, la *presión para comer* está presente en casi la totalidad del video 1, con una cantidad de eventos temporales conductuales muy similares en cada intervalo, exceptuando el intervalo 2, en donde la cantidad es nula. En contraste, la *Figura 5* muestra que el video 2 los diversos ETC de presión son bajos, aumentando la *restricción* durante los intervalos 3 y 4 y que disminuyen cuando la cantidad de ETC de presión para comer se elevan.

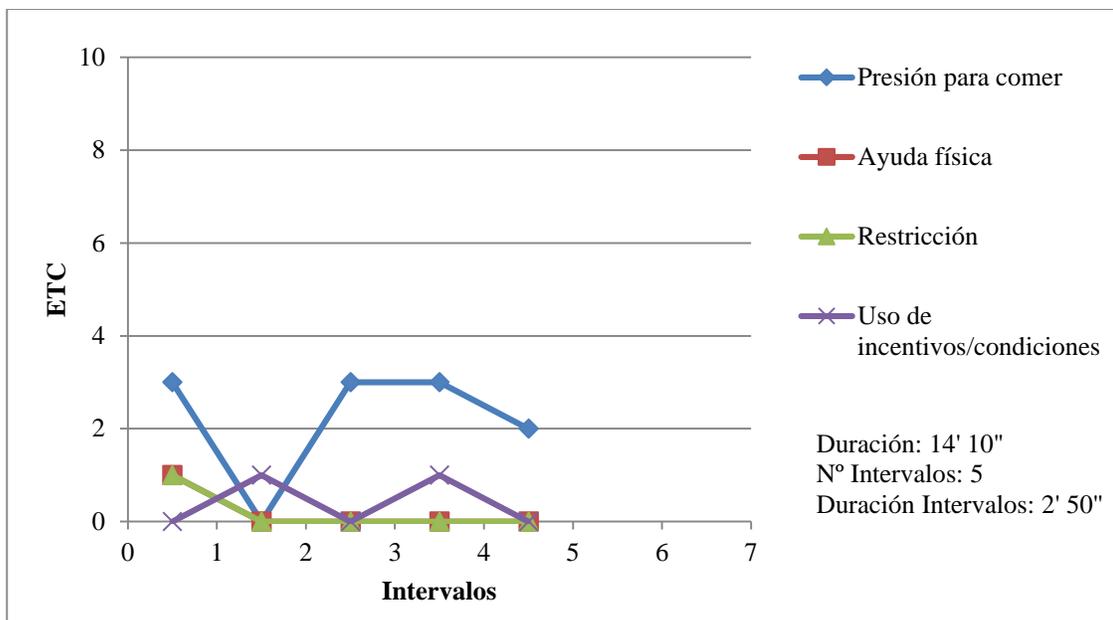


Figura 4. Caso 2. Vídeo 1. Dispersión de ETC según el FMCS

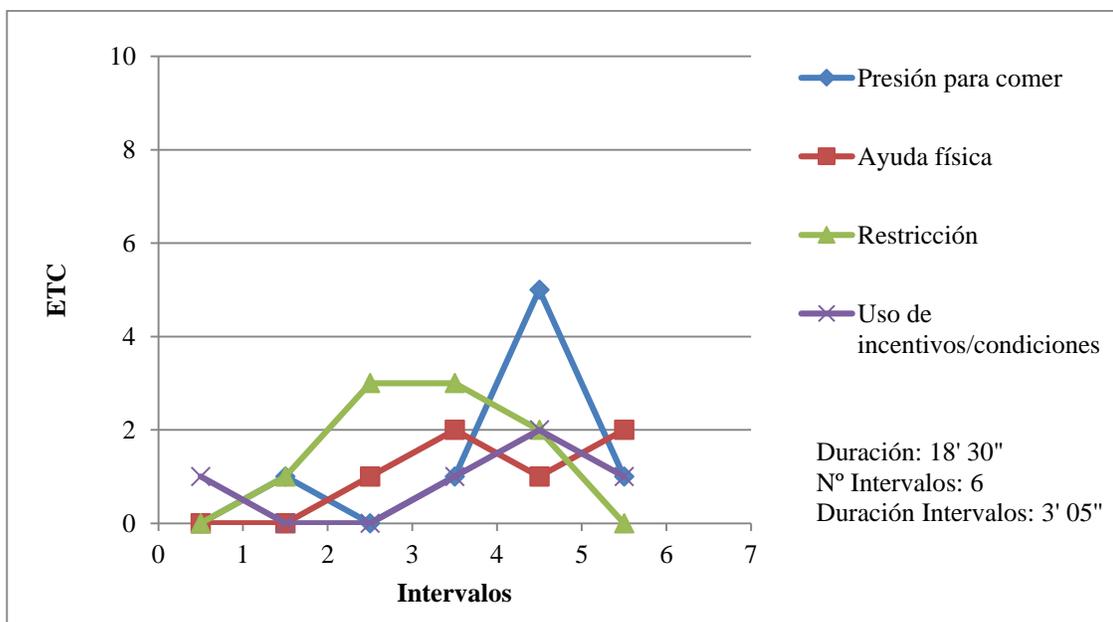


Figura 5. Caso 2. Vídeo 2. Dispersión de ETC según el FMCS

Por todo lo observado, es posible decir que en esta familia se han desarrollado hábitos adecuados relacionados con la alimentación y que se siguen reforzando durante los momentos de alimentación, los cuáles también son momentos de socialización entre los miembros, por lo que se infiere que el niño ha aprendido por medio del modelado muchas de sus conductas en el comedor. También se evidencia que el compartir en la mesa con los demás miembros de la familia ha contribuido al fortalecimiento de los lazos familiares, y probablemente en el espacio de alimentación el menor también ha aprendido vocabulario y formas de interacción social, además de desarrollar preferencias alimentarias similares a las de sus familiares, tal como lo expresan Moreno-Villares & Galiano-Segovia (2006). El menor generalmente escoge que alimentos consume, monitoreado por su madre. También demuestra independencia al comer por sí mismo, ya que interactúa con los alimentos y maneja los cubiertos.

El niño durante todo el acto de comer se muestra consciente de que la finalidad de estar en el comedor es comer, y manifiesta placer al hacerlo. Las señales de hambre y saciedad del menor parecen tener un adecuado desarrollo, ya que los eventos de alimentación se dan de forma constante y al finalizar se retira y expresa sentir saciedad.

En este caso, aunque no es el objetivo del estudio, se percibe un estilo autoritativo de la alimentación, ya que se encuentran elementos relacionados con altos niveles de control y de apoyo, lo cual es un buen pronóstico en el desarrollo de hábitos en el menor, dado que este estilo se ha asociado positivamente con un mayor consumo de frutas y vegetales, y un menor consumo de comida chatarra (Patrick, Nicklas, Hughes, & Morales, 2005). Sin embargo, es necesario la utilización de otro tipo de instrumentos que midan específicamente la dimensión de apoyo descrita por Maccoby y Maritin, o realizar un número mayor de observaciones para tener certeza sobre el estilo parental.

6.3. Análisis Caso 3

El caso 3 está conformado por 2 familias: la familia principal, la cual incluye a la madre, el padre y dos hijos (la menor y su hermano mayor); y la familia de la abuela, quien vive con un hijo. La niña se encuentra escolarizada en un jardín infantil privado, en donde permanece hasta medio día, y la institución no provee ningún alimento, por lo que la menor come principalmente en el hogar de la abuela durante los días de semana, debido al trabajo de ambos padres. Los fines de semana suele comer con sus padres y hermano. Se realizó la observación en casa de la abuela dado que la niña (al momento de realizar las videograbaciones tenía 3 años) pasa un mayor número de días allí y por tanto, su abuela es la cuidadora principal, igualmente la abuela (de 63 años de edad) respondió el CFQ.

Según el Child Feeding Questionnaire, la abuela reporta que la principal forma de control sobre la conducta alimentaria es por medio de la *presión para comer* (ver *Tabla 7*), con lo cual se hace manifiesto, por el contenido de los ítems, que el interés principal de la abuela durante los momentos de alimentación es asegurarse que su nieta coma lo que ella considera suficiente y por tanto, posee creencias relacionadas con las cantidades de alimentos que deben consumirse, como son el consumir todo lo que sirve, alimentarse aún sin manifestar la sensación de hambre, etc. Otro factor que obtuvo un alto puntaje fue la *responsabilidad percibida*, dado que abuela reporta ser la responsable de la alimentación de su nieta, teniendo autonomía para decidir la cantidad de alimentos que le sirve.

Tabla 7. Caso 3. Puntajes CFQ*

Responsabilidad percibida	Percepción del peso del padre	Percepción del peso del niño	Preocupación de los padres acerca del peso del niño	Restricción	Presión para comer	Monitoreo
5	3	3,5	2	1,63	5	2,33

*Escala Likert

Por otro lado, el factor *restricción y preocupación de los padres acerca del peso del niño* obtuvo un puntaje bajo, lo que demuestra que la abuela no se encuentra preocupada de que su nieta coma en exceso ni percibe la necesidad de restringir ciertos tipos de alimentos. El monitoreo no presenta un puntaje significativo, siendo éste medio-bajo, lo que corresponde con lo reportado por la abuela sobre las preferencias de su nieta, ya que afirma que no tiene predilección por consumir dulces y mecate. Se puede concluir entonces que las prácticas parentales de alimentación que caracterizan las dinámicas entre abuela y nieta al momento de comer están marcadas principalmente por creencias y actitudes sobre *la presión para comer*, una *baja preocupación por la ganancia de peso* en la nieta, un *bajo monitoreo* de lo que consume y una *baja restricción*.

En la videograbación 1 se observó 26 Eventos Temporales Conductuales (ETC) relacionados con las escalas que analiza el Family Mealtime Coding System (FMCS) y en la videograbación 2 se observaron 39 ETC. Como indica la *Tabla 8*, los ETC que más se presentaron en los videos fueron relacionados con *presión para comer*, siendo el porcentaje más alto y significativo. Sin embargo, en la videograbación 2 hay un porcentaje significativo que no se destaca en la videograbación 1, *ayuda física*. Al ver estos resultados se evidencia la necesidad de realizar un mayor número de videograbaciones con el objetivo de observar la recurrencia de las conductas

para no realizar conclusiones precipitadas de comportamientos contingentes que tal vez no forman parte de la cotidianidad.

Tabla 8. Caso 3. Eventos Temporales Conductuales observados según el FMCS

Vídeo	Presión para comer	Ayuda física	Restricción	Uso de incentivos/condiciones	Total conductas
1	69,23%	3,85%	3,85%	23,08%	26
2	51,28%	28,21%	0%	20,51%	39

Comparando el reporte del CFQ con lo observado en las videograbaciones, se encuentra concordancia entre lo reportado y lo registrado, ya que la presión para comer aparece con un alto puntaje tanto en el CFQ como en los videos.

Una de las particularidades de esta familia es que cada uno de los miembros come en horarios distintos, por lo que no se encuentran al menos dos personas comiendo al mismo tiempo, lo cual es un impedimento para el desarrollo de aprendizaje por modelado de los comportamientos que se tienen en el comedor. Los alimentos que se le sirven a la niña se ubican en el comedor y dado que la niña es muy pequeña para alcanzar el nivel del comedor sentada, opta por arrodillarse en la silla. Si bien la niña toma con la mano alimentos que pueden agarrarse, sabe manejar y utiliza por sí misma los cubiertos. La abuela permanece cerca de ella y por medio de vocalizaciones intenta que se interese por los alimentos y los consuma, sin embargo, la niña se distrae fácilmente y en la mayoría de ocasiones no responde ni verbal ni conductualmente a las indicaciones que la abuela le dirige.

Tal como muestra la *Figura 6*, en el vídeo 1 se puede observar que la *presión para comer* se encuentra por encima de las demás prácticas parentales de alimentación durante todo el video, y el *uso de incentivos/condiciones* toma relevancia desde mediados hacia finales del momento de comer y muestra un comportamiento similar al de *presión para comer*, por lo que se puede deducir que es por medio de indicaciones verbales de presión e incentivos que la abuela ejerce la presión para comer.

La *Figura 7* permite observar que, así como ocurre en el video 1, la *presión para comer* y el *uso de incentivos/condiciones* tienen un comportamiento similar. Sin embargo, la práctica más llamativa de este video es la *ayuda física*, la cual en el inicio del video es nula, pero se presenta desde el intervalo 5 y empieza a aumentar, llegando al punto más alto de todo el registro en el intervalo 6. Esto se debe a que la abuela, al observar que su nieta no responde a sus verbalizaciones, decide darle por sí misma los alimentos, desestructurando de esta manera el continuo de conductas que vienen expresando.

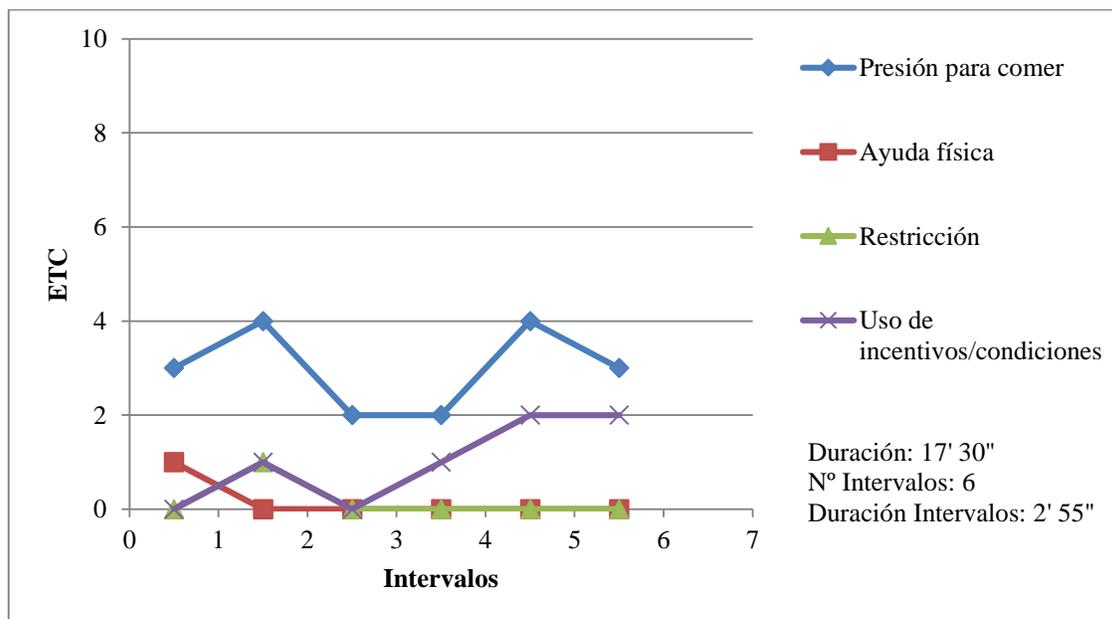


Figura 6. Caso 3. Vídeo 1. Dispersión de ETC según el FMCS

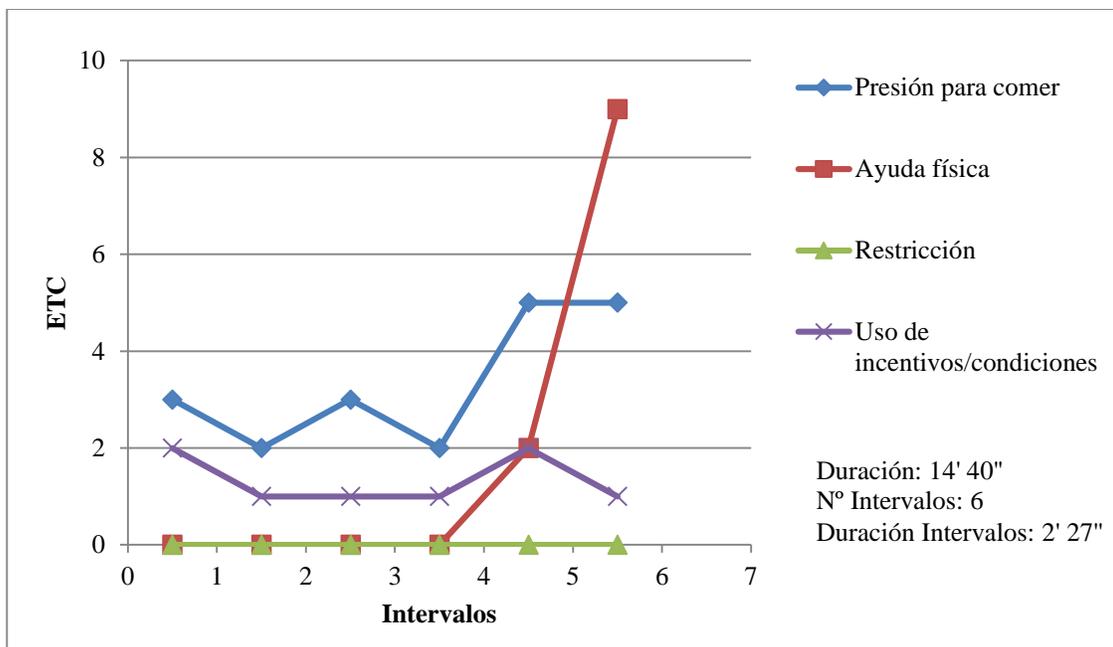


Figura 7. Caso 3. Vídeo 2. Dispersión de ETC según el FMCS

En este caso, el desarrollo de hábitos alimenticios está limitado por la falta de apoyo hacia la niña en los momentos de alimentación, ya que al comer sola no existe alguien que la motive ni con el cual ella observe y aprenda conductas usadas al momento de comer, ya que, si bien la abuela la acompaña y está cerca de ella, no existe una comunicación afectiva entre ambas. Por ende, el control que ejerce la abuela no es muy claro, ya que si bien presiona de manera verbal constantemente, tampoco se preocupa por ejercer otras estrategias para que su nieta la escuche y actúe en consecuencia, por lo que parece que el control ejercido por la abuela no cumple con los criterios descritos por Hughes *et al.* (2005) y Maccoby y Martin (1983) de exigencia de madurez y voluntad para enfrentar al menor que desobedece. Esta situación podría presentarse de forma diferente durante los fines de semana, días que comparte la alimentación con sus padres y su hermano.

Igualmente, aunque no es el objetivo del estudio, parece que el estilo parental de alimentación es negligente, ya que se presentaron niveles relativamente bajos de control y bajos niveles de apoyo. Sin embargo, esto no es algo concluyente, dado que se requiere de más información al respecto.

6.4. Análisis Caso 4

El caso 4 está conformado por 2 familias. La familia principal, la cual incluye a la madre, el padre y dos hijos (el menor y su hermana mayor); y la familia de la abuela, quien vive con su esposo y una hija. El niño se encuentra escolarizado en un jardín infantil privado, en donde permanece hasta medio día, y la institución no provee ningún alimento, por lo que el menor come principalmente en el hogar de la abuela durante los días de semana, debido al trabajo de ambos padres. Los fines de semana suele comer con sus padres y hermana. Como la mayoría de días de la semana su cuidador principal es la abuela, se realizó la observación en casa de ésta, sin embargo se aplicó el CFQ a su madre, dado que la abuela no posee la idoneidad para dar una respuesta adecuada al cuestionario. La madre tiene 28 años, y su hijo al momento de realizar las videograbaciones tenía 4 años.

En la *Tabla 9* se observa que la reporta como principal forma de control sobre la conducta alimentaria la *presión para comer*, con lo cual se hace manifiesto, por el contenido de los ítems, que el interés principal de la madre durante los momentos de alimentación es asegurarse que su hijo coma la cantidad que ella considera suficiente y por tanto, posee creencias relacionadas con las cantidades de alimentos que deben consumirse. Los factores que le siguen según el puntaje son la *responsabilidad percibida* y la *restricción*, siendo la madre la responsable, cuando está en

el hogar, de los alimentos que le ofrece a su hijo y las respectivas porciones y también es la que restringe al niño el consumo de dulces y mecató.

Tabla 9. Caso 4. Puntajes CFQ*

Responsabilidad percibida	Percepción del peso del padre	Percepción del peso del niño	Preocupación de los padres acerca del peso del niño	Restricción	Presión para comer	Monitoreo
4,33	2,33	3	3	4,25	5	4

*Escala Likert

Por otro lado, el factor con menor puntaje fue la *percepción del peso del padre*, lo que indica que la madre se percibe a sí misma en un peso por debajo del normal. Se puede concluir que las prácticas parentales de alimentación que caracterizan las dinámicas entre madre e hijo están marcadas principalmente por creencias y actitudes sobre la *presión para comer*, una alta *restricción* a ciertos alimentos y la *autopercepción de la madre de tener un peso por debajo del normal*.

En la videograbación 1 se observaron un total de 60 Eventos Temporales Conductuales (ETC) de acuerdo a la escala del Family Mealtime Coding System. Como se observa en la *Tabla 10*, un 45% de los ETC observados corresponden a *uso de incentivos y condiciones*, siendo el porcentaje más alto, seguido *por el de ayuda física*, los cuales también se muestran significativas. En la videograbación 2 se observaron un total de 73 ETC. En la *Tabla 10* se observa que 41,1% de los ETC fueron de *ayuda física*, seguidos por el *uso de incentivos y presión para comer*, los cuales también arrojaron porcentajes significativos. Analizando ambos videos, se puede identificar que, si bien no hay una concordancia entre los videos en relación al tipo de práctica que más sobresale, se presentan las mismas en diferente intensidad.

Tabla 10. Caso 4. Eventos Temporales Conductuales observados según el FMCS

Vídeo	Presión para comer	Ayuda física	Restricción	Uso de incentivos/condiciones	Total conductas
1	21,67%	33,33%	0%	45%	60
2	27,4%	41,1%	0%	31,51%	73

En este caso, no resulta pertinente comparar los resultados del CFQ con lo observado en los videos, dado que el CFQ fue aplicado a su madre, mientras que la persona que participó en las videograbaciones fue su abuela. Sin embargo, se pueden establecer puntos de relación, ya que ambas cuidadoras utilizan estrategias *depresión para comer* para lograr que el niño coma, debido a que el menor presenta conductas evitativas y de distracción al momento de comer que son observadas en las videograbaciones y reportadas por su madre

Sin embargo, respecto a las prácticas de restricción no existen puntos de encuentro, ya que la abuela, al ser quien provee los alimentos a los demás miembros de la familia no permanece al lado del menor como guía durante la comida, y el menor no come por sí mismo, por lo que se puede observar en los videos tiempos en los cuales el niño está descontextualizado del momento de comer, dirigiendo su atención a otros estímulos del contexto, sin que nadie establezca límites en el momento de la alimentación, los cuales la madre intenta establecer durante los fines de semana, cuando ella está a cargo de la alimentación.

Generalmente la abuela cuando está cocinando le pregunta al niño en dónde quiere comer, a lo que el niño responde si quiere comer en el comedor, en la sala o en la habitación. La primera videograbación se realizó en la sala, la abuela le llevó el plato al niño pero él siguió jugando y

sólo comía cuando la abuela se acercaba a darle ella misma. La segunda videograbación fue en el comedor, siendo muy similar a lo ocurrido en el primer vídeo, el niño no tomaba asiento y lo único que comió por sí mismo el alimento que prefería. En ambos videos se observa que las personas alrededor del menor ejercían presión verbal, incluso sin haber servido los alimentos. El niño almuerza solo, ya que generalmente su hermana estudia en otra jornada, la tía y el abuelo almuerzan en las habitaciones y la abuela almuerza a media tarde, por lo que el menor no tiene la posibilidad de aprender por medio de modelado conductas adecuadas en los momentos de alimentación. Durante el tiempo que almuerza el niño, la abuela se ocupa en labores de la cocina y cuando se ocupa del niño para darle los alimentos se adapta a la situación de él, sin importar que se encuentre de pie, arrodillado, sentado en el sofá o en el suelo.

En la videograbación 1 (*Figura 8*), la *presión para comer* por medio de llamados verbales y de incentivos se usan como las primeras estrategias para lograr que el niño comience a comer, pero éstas no tienen efecto en el niño quien se mantiene distraído y lejos del plato cuando éste se sirve. Agotado este recurso, la abuela recurre a la ayuda *física* y *al uso de incentivos* (en conjunto, generalmente) para lograr que el niño consuma los alimentos, y estas prácticas aparecen a medida que disminuye la *presión para comer*.

En la videograbación 2 (*Figura 9*), ocurren comportamientos similares entre las prácticas registradas, sin embargo la mayor cantidad de ETC no ocurren al final del video, como ocurre en el primero, y en éste se presentan más cantidad de ETC en los intervalos de en medio, 3 y 4.

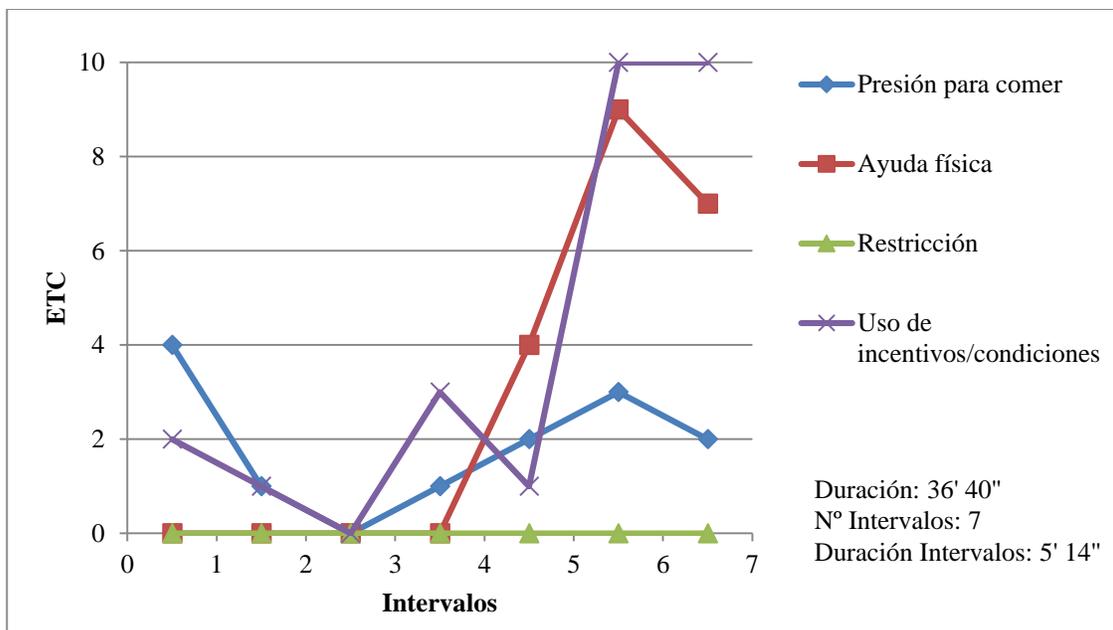


Figura 8. Caso 4. Vídeo 1. Dispersión de ETC según el FMCS

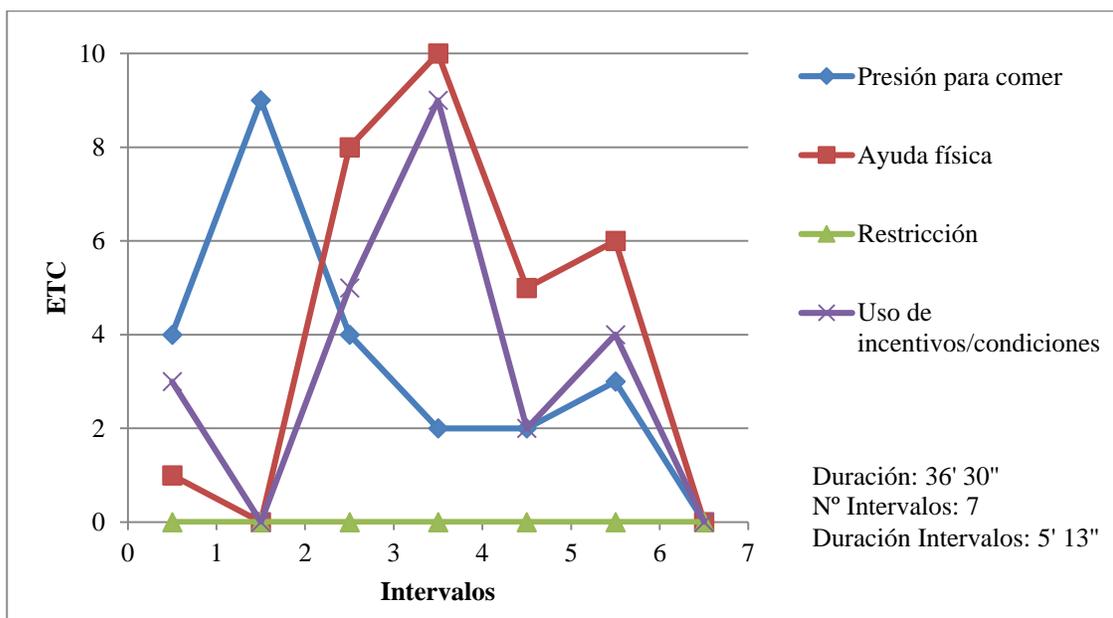


Figura 9. Caso 4. Vídeo 2. Dispersión de ETC según el FMCS

Cabe anotar que la abuela no transmite reglas de cómo debe ser el comportamiento durante las comidas, ya que se adapta a lo que el niño esté haciendo, lo que denota un bajo control, según lo referido por Maccoby & Martin (1983, citado en Hughes *et al.*, 2005). Por otro lado, el hecho de que la abuela deje decidir al niño sobre dónde y de qué manera come estaría reflejando un buen nivel de apoyo, aunque la comunicación entre ambos sea constantemente interrumpida, con lo cual existe una tendencia a presentarse un estilo permisivo en la alimentación, de acuerdo a lo descrito por Hubbs-Tai, *et al.* (2008). No obstante, no es algo concluyente debido a los instrumentos usados y al número de videogramas que no permiten establecer conductas recurrentes durante la alimentación.

A diferencia de lo reportado por la madre, el niño no tiene restricciones en cuanto al acceso de los alimentos ofrecidos cuando está con su abuela, e igualmente esta falta de restricción se evidencia ante la libertad que tiene el niño de comer donde quiera (sala, comedor, cocina, etc.) aumentando así las posibilidades de distracción, lo que conlleva a que los fines de semana, los padres tengan que ejercer más conductas de control relacionadas con la restricción. Ésta diferencia dificulta que el niño desarrolle hábitos alimenticios, debido a que en la mayoría de días de la semana come sin restricciones en cuanto al acceso de alimentos y la forma de cómo consumirlos, y por ende durante los fines de semana, que es el momento en el cual pasa con sus padres, a éstos se les dificultará establecer reglas en torno a la alimentación, aumentando así las conductas de control por parte de los padres.

7. Discusión y conclusiones

7.1. Discusión

Como se ha mencionado anteriormente, las prácticas parentales de alimentación infantil (PPAI) consisten en todas aquellas estrategias que son usadas por los cuidadores y/o padres/madres para lograr que los menores se alimenten adecuadamente. Para este trabajo, estas prácticas fueron evaluadas por medio de dos instrumentos, el Child Feeding Questionnaire (CFQ) y el análisis de videograbaciones por medio del Family Mealtime Coding System (FMCS). El objetivo de este estudio fue realizar un análisis comparativo de las PPAI reportadas por medio del CFQ y las prácticas observadas en videograbaciones, las cuales fueron sistematizadas con el FMCS, en cuatro (4) familias del Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

En el CFQ, por medio de un autorreporte, los cuidadores o padres/madres manifiestan las actitudes basadas en creencias que comúnmente adoptan frente a los menores en lo relacionado con la alimentación. Con las videograbaciones se contabilizaron cada uno de los Eventos Temporales Conductuales (López-Espinoza, *et al.*, 2014) observados según las prácticas que evalúa el FMCS. Al comparar los resultados de los dos instrumentos se encontraron puntos de encuentro y desencuentro; sin embargo, se debe tener en cuenta que el método de sistematización del FMCS, a pesar de estar basado en las prácticas evaluadas por medio del CFQ, no posee las mismas categorías, ya que las autoras, Haycraft & Blisset (2008), quienes desarrollaron este método de codificación observacional, se basaron únicamente en los factores de *presión para comer* y *restricción* del CFQ, por lo cual no son totalmente equiparables.

Los cuatro (4) primeros factores del CFQ (responsabilidad percibida, percepción del peso del padre, percepción del peso del niño y preocupación de los padres acerca del peso del niño) dan cuenta de elementos que pueden influir en la preocupación y el control que tengan los padres en

la alimentación de los menores, pero estos elementos no son susceptibles de registro observacional por medio del FMCS; por su parte, el *monitoreo*, que se refiere al seguimiento que hacen los padres/cuidadores de los alimentos poco saludables que los niños consumen, es un proceso más encubierto, el cual es poco probable que sea observado durante un momento de alimentación. No obstante, tanto el *monitoreo* como los cuatro (4) primeros factores, al dar cuenta de actitudes y creencias pueden relacionarse con lo observado durante los momentos de alimentación.

Igualmente, la *restricción* también se puede presentar de manera encubierta (por ejemplo, al no comprar alimentos considerados poco saludables), sin embargo, la expresión de esta categoría puede ser observada durante los momentos de alimentación por medio de acciones concretas, al igual que *presión para comer*, por ello Haycraft & Blisset (2008) se basaron en estos dos factores para construir el FMCS. En esta construcción, las autoras dividieron la categoría de *presión para comer*, descrita en el CFQ, en tres (3) diferentes estrategias que son susceptibles de observación: *presión para comer* por medio de verbalizaciones, *ayuda física y uso de incentivos y condiciones*, todas estas dirigidas a lograr que el menor se alimente. La *restricción* es entendida en ambos instrumentos como la limitación del consumo de ciertos alimentos que ejerce el padre/madre o cuidador sobre el menor, por lo que se espera que en ambos instrumentos los resultados en estas categorías sean similares.

Al realizar el análisis comparativo, se observó en los cuatro (4) casos que la *Responsabilidad percibida* del CFQ tuvo un puntaje alto (ver *Tabla 11*), lo cual es apoyado por la validación Mexicana realizada por Navarro-Contreras (2006), en donde la media obtenida en esta categoría es de $\bar{X}= 4,34$ que si bien se aleja de la media obtenida del instrumento original (Birch *et al.*, 2001) que fue de $\bar{X}= 3,4$ se sustenta en el hecho de que la cultura mexicana difiere de la

estadounidense a razón de que en México la comida es una forma de demostrar cariño por parte de las madres hacia sus hijos y comensales en general. La cultura Colombiana y Antioqueña no dista mucho de la configuración Mexicana, ya que como latinoamericanos se comparten características afectivas, además en el contexto antioqueño se tienen creencias muy similares, por lo cual no es extraño que en los cuatro casos se haya reportado puntaje alto en este factor.

Se encuentra también que en los tres (3) primeros casos estudiados la *Restricción* presenta bajos puntajes que coinciden con la validación de Navarro-Contreras, cuya media obtenida es de $\bar{X}= 2,5$ elemento que se aleja de la media obtenida por Birch *et al.*, $\bar{X}= 4,0$. Así, los resultados que se obtuvieron en estos casos nuevamente constatan que existe mayor cercanía con la validación mexicana dado que se encontró, tanto en el CFQ como a través de lo observado en las videograbaciones, que las cuidadoras no consideran relevante utilizar la *restricción* como practica en la alimentación. El resultado similar entre el puntaje en *restricción* del CFQ y la cantidad ETC reportados de esta misma categoría, confirma lo que se esperaba al ser equivalentes a definición de *restricción* en ambos instrumentos.

Aun así, en el caso 4 se hallaron particularidades respecto a este factor, que según explica la madre, es a causa de que el niño presenta preferencia por una gama de alimentos muy cerrada y ella considera necesario limitar su consumo con la intención de ampliar la variedad de la dieta. No obstante, se ha encontrado que una elevada restricción puede tener un efecto contrario, provocando que se incremente la preferencia por los alimentos restringidos (Korbman, 2007). De igual manera, el hecho de que la *restricción* de la ingesta de alimentos en los niños se pueda llevar a cabo de manera encubierta puede explicar la baja incidencia de la restricción en las observaciones, ya que se ha evidenciado que incluso en familias donde se reportan creencias

positivas hacia la *restricción*, hay un bajo índice de conductas restrictivas en observaciones realizadas (Haycraft & Blisset, 2008).

El factor de *presión para comer* en el caso 2, según lo reportado en el CFQ, se presentó en baja proporción en relación con los casos 1, 3 y 4 que reportaron el puntaje máximo. Igualmente, aunque en las videograbaciones del caso 2 se identificaron indicaciones verbales de presión estas no son significativas en relación al número de ETC presentados en las demás familias (ver *Tabla 12*). Así se evidencia que en el caso 2 la práctica de presión para comer se lleva a cabo pero no de manera recurrente y, por el contrario, las madres/cuidadoras de los casos 1, 3 y 4 se identifican con dicha práctica, dándole gran importancia a que el niño o niña consuma lo que ellas consideran suficiente, a través de estrategias de presión verbal, ayuda física, o uso de incentivos y condiciones.

Tabla 11. Puntajes comparativos del CFQ

	Responsabilidad percibida	Percepción del peso del padre	Percepción del peso del niño	Preocupación de los padres acerca del peso del niño	Restricción	Presión para comer	Monitoreo
Caso 1	4	3	3,5	1	2,5	5	4,33
Caso 2	5	3,25	3,5	1	1	3,25	5
Caso 3	5	3	3,5	2	1,625	5	2,33
Caso 4	4,33	2,33	3	3	4,25	5	4

Tabla 12. Número de ETC observados según el FMCS

		Presión para comer	Ayuda física	Restricción	Uso de incentivos/condiciones	Total ETC
Caso 1	Vídeo 1	22	44	4	4	74
	Vídeo 2	36	37	0	7	80
Caso 2	Vídeo 1	11	1	1	2	15
	Vídeo 2	8	6	9	5	28
Caso 3	Vídeo 1	18	1	1	6	26
	Vídeo 2	20	11	0	8	39
Caso 4	Vídeo 1	13	20	0	27	60
	Vídeo 2	20	30	0	23	73

Como se ha evidenciado, ambos instrumentos se complementan y permiten obtener un mayor conocimiento sobre cómo ciertos factores relacionados con las creencias y percepciones influyen en la forma en que las cuidadoras/madres actúan en los momentos de alimentación, así como en la expresión de las PPAI. Por ello, se encuentra que por medio de cuestionarios de autorreporte en conjunto con la realización de análisis observacionales se pueden reconocer los estilos parental de alimentación, definido como la constelación de actitudes que los padres asumen frente al niño que crean el clima emocional en el que se expresan las conductas parentales (Brennery Fox 1999, citado en Navarro-Contreras, 2006). Sin embargo, aunque al final de cada caso de esta investigación se hicieron anotaciones acerca del posible estilo parental, por el poco número de videgrabaciones no es posible realizar aseveraciones al respecto con certeza.

7.2 Conclusiones

Ambos instrumentos, Child Feeding Questionnaire (CFQ) y Family Mealtime Coding System (FMCS) no son equiparables, sin embargo son complementarios, en la medida a través de la observación se identifican expresiones de conductas que se relacionan con las creencias y actitudes reportadas por las madres y cuidadoras.

Luego del análisis de la información obtenida a través de las videograbaciones se encuentra que las prácticas parentales de alimentación no se presentan con la misma o similar frecuencia en las dos videograbaciones de cada caso. Las familias, por ejemplo, muestran algunas prácticas sólo en uno de los vídeos, lo que no permite clasificarlas como prácticas recurrentes ni tampoco como contingentes o esporádicas, situación que impide establecer con certeza el estilo parental de alimentación. Por tanto, para lograr identificar el estilo parental de las familias se hace necesario realizar más de dos (2) videograbaciones.

Se reconoce que las diferentes características familiares, como el número de hijos o niños que se han tenido o se tienen al cuidado influyen en el tipo de PPAI, ya que éstas se expresan de manera discriminada, pudiéndose presentar diversos estilos parentales en una misma madre/cuidadora.

Igualmente, los aspectos relacionados con el tipo de jardín infantil y las diversas personas al cuidado de los niños son elementos que tienen incidencia en la configuración de los hábitos alimenticios. Así, en el caso 1, la niña se encuentra escolarizada en un jardín público y sólo durante el fin de semana comparte todos los alimentos con sus padres. En el caso 2, si bien el niño se encuentra en un jardín privado, la madre es la cuidadora permanente, tanto entre semana

como en fin de semana. En los casos 3 y cuatro 4 los niños están escolarizados en jardín privado, permaneciendo al cuidado de la abuela el resto del día y sólo es en el fin de semana que comparten la alimentación con sus padres. Teniendo en cuenta esta información se considera pertinente realizar las videograbaciones en los diferentes contextos en los que el niño se desenvuelve en relación con la alimentación, dado que a través de la repetición se forman los hábitos, y también es importante identificar los comportamientos contextuales que puedan presentarse con el objetivo de realizar intervenciones que sean necesarias y pertinentes a razón de alguna problemática alimenticia.

Además, por las diferencias entre los casos es importante considerar, para futuras investigaciones en relación a las PPAI, mayor homogeneidad y amplitud de la muestra.

Según lo reportado en los cuatro (4) casos estudiados, existe una cercanía de los resultados con la validación mexicana del instrumento CFQ, sin embargo, con la finalidad de continuar con la investigación sobre las PPAI en Colombia, se hace necesario realizar una validación de este instrumento en nuestro contexto.

Referencias

- Amigo, H. (2003). Obesidad en el niño en América Latina: Situación, criterios de diagnósticos y desafíos. *Cadernos de Saúde Publica. Río de Janeiro, 19*(suppl. 1), s163-s170.
- Ansón-Oliart, R. (2013). Gastronomía y Nutrición. En *Libro blanco de la nutrición en España* (págs. 261-266). Madrid: Fundación Española de la Nutrición.
- Birch, L. L. (1979). Dimensions of preschool children's food preferences. *Journal of Nutrition Education, 11*(2), 77-80.
- Birch, L. L., & Fisher, J. (1995). Appetite and eating behavior in children. *Pediatric Clinics of North America, 42*(4), 931-953.
- Birch, L. L., & Fisher, J. (1998). Development of Eating Behaviors Among Children and Adolescents. *Pediatrics, 101*(3), 539-549.
- Birch, L. L., Fisher, J. O., & Davison, K. K. (2013). Learning to overeat: maternal use of restrictive feeding practices promotes girls' eating in the absence of hunger. *The American Journal of Clinical Nutrition, 78*(2), 215-220.
- Birch, L. L., Fisher, J., Grimm-Thomas, K., Markey, C., Sawyer, R., & Johnson, S. (2001). Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite, 36*, 201-210.
- Birch, L. L., Savage, J. S., & Ventura, A. (2007). Influences on the Development of Children's Eating Behaviours: From Infancy to Adolescence. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research : A Publication of Dietitians of Canada, 68*(1), s1-s56.

- Black, M. M., Hutcheson, J., Dubowitz, H., & Berenson-Howard, J. (1994). Parenting Style and Developmental Status Among Children with Nonorganic Failure to Thrive. *Journal of Pediatric Psychology, 19*, 689-707.
- Black, M., & Creed-Kanashiro, H. (2012). ¿Cómo alimentar a los niños? La práctica de conductas alimentarias saludables desde la infancia. *Rev Peru Med Exp Salud Publica, 29*(3), 373-8.
- Blisset, J., & Haycraft, E. (2008). Are parenting style and controlling feeding practices related? *Appetite, 50*, 477-485.
- Bornstein, M., & Tamis-LeMonda, C. (1997). Maternal Responsiveness and Infant Mental Abilities: Specific Predictive Relations. *Infant Behavior and Development, 20*(3), 283-296.
- Bryant-Waugh, R., Markham, L., Kreipe, R. E., & Walsh, B. T. (2006). Feeding and Eating Disorders in Childhood. *International Journal of Eating Disorders, 43*, 98-111.
- Camci, N., Bas, M., & Buyukkaragoz, A. H. (2014). The psychometric properties of the Child Feeding Questionnaire (CFQ) in Turkey. *Appetite, 78*(1), 49-54.
- Carrascosa, A. (2006). Obesidad durante la infancia y adolescencia. Una pandemia que demanda nuestra atención. *Medicina Clínica, 126*(18), 693-694.
- Castrillón, I., & Giraldo, O. (2014). Prácticas de alimentación de los padres y conductas alimentarias en niños: ¿Existe información suficiente para el abordaje los problemas de alimentación. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia, 6*(1), 57-74.

- Cooke, L. (2004). The development and modification of children's eating habits. *British Nutrition Foundation*, 31-35.
- Corsini, N., Danthiir, V., Kettler, L., & Wilson, C. (2008). Factor structure and psychometric properties of the Child Feeding Questionnaire in Australian preeschool children. *Appetite*, 51(3), 474-481.
- Costanzo, P. R., & Woody, E. Z. (1985). Domain-Specific Parenting Styles and Their Impact on the Child's Development of Particular Deviance: The Example of Obesity Proneness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 3(4), 425-445.
- Cullen, K. W., Baranowski, T., Rittenberry, L., Cosart, C., Owens, E., Hebert, D., & de Moor, C. (2000). Socioenvironmental influences on children's fruit, juice and vegetable consumption as reported by parents: reliability and validity of measures. *Public Health Nutrition*, 3(3), 345-356.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting Style as Context: An Integrative Model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487-496.
- Diez, J. A., & Moulines, C. U. (1997). *Fundamentos de filosofía de la ciencia*. Barcelona: Ariel.
- Domínguez-Vázquez, P., Olivares, S., & Santos, J. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 58(3), 249-255.
- El Universal. (04 de Agosto de 2015). *En Colombia 35,4% de los niños nacieron por debajo del peso durante el 2014*. Recuperado el 23 de Septiembre de 2015, de El Universal:

<http://www.eluniversal.com.co/salud/en-colombia-354-de-los-ninos-nacieron-por-debajo-del-peso-durante-2014-201769>

ENSIN . (2010). *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia*. Bogotá: Autor.

ENSIN. (2005). *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia ENSIN*. Bogotá: Autor.

Esquivel-Hernández, R., Martínez-Correa, S. M., & Martínez-Correa, J. L. (2014). *Nutrición y salud* (3° ed.). México: Manual Moderno.

Fajardo, E. (2012). Obesidad infantil. Otro problema de malnutrición. *Revista Med*, 20(1), 06-08.

FAO; OMS. (2014). Declaración de Roma sobre la Nutrición. *Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición ICN2* (págs. 1-7). Roma: FAO.

Fischler, C. (1995). *El (h) omnívoro. El gusto, la cocina y el cuerpo*. Barcelona: Anagrama.

Fomento de nutrición y Salud A.C. (2001). Orientación Alimentaria: Glosario de términos. *Cuadernos de Nutrición*.

Fonseca, Z., Ayala, D., Uribe, L. J., & Castaño, T. (2014). *Aproximación a los determinantes de la doble carga nutricional en Colombia*. Boletín N° 004. OSAN.

Franco-Paredes, K., Valdés, E. H., & Escoto, M. (2014). Definición y evaluación de hábitos alimentarios. En A. López-Espinoza, & C. R. Magaña-González, *Habitos alimentarios: Psicobiología y socioantropología de la alimentación* (págs. 151-159). México: McGraw Hill.

- Gable, S., & Lutz, S. (2000). Household, Parent, and Child Contributions to Childhood Obesity. *Family Relation*, 49(3), 293-300.
- Galvis, A. M., Buitrago, C., Marín, N., Jaramillo, S., & Signorelli, T. (2014). "La loncherita de...". Universidad CES: Medellín.
- Geng, G., Zhu, Z., Suzuki, K., Tanaka, T., Ando, D., Saro, M., & Yamagata, Z. (2009). Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire (CFQ) in Japanese elementary school children. *Appetite*, 8-14.
- Gobierno de Colombia. (2012). *Plan Nacional de Seguridad Alimentaria 2012-2019*. Autor.
- Gómez, L. F. (2008). Conducta alimentaria, hábitos alimentarios y puericultura de la alimentación. *Programa de Educación contunua en Pediatría*, 7(4), 38-50.
- Guevara-Chacabana, G. R. (2006). Obesidad infantil: algunos aspectos epidemiológicos, económico-sociales y culturales. *Pedriátrica*, 8(2), 77-84.
- Hart, K. H., Herriot, A., Bishop, J. A., & Truby, H. (2003). Promoting healthy diet and exercise patterns amongst primary school children: a qualitative investigation of parental perspectives. *Journal of human nutrition and dietetics : the official journal of the British Dietetic Association British Dietetic Association.*, 16(2), 89-96.
- Haycraft, E. L., & Blisset, J. M. (2008). Maternal and Paternal Controlling Feeding Practices: Reliability and Relationships With BMI. *Obesity*, 50, 1552-1558.
- Hoerr, S. L., Hughes, S., Fisher, J. O., Nicklas, T., Liu, 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*, 55(6).
- Hubbs-Tai, L., Kennedy, T. S., Page, M. C., Topham, G. L., & Harrist, A. W. (2008). Parental Feeding Practices Predict Authoritative, Authoritarian, and Permissive Parenting Styles. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 108(7), 1154-1161.
- Hughes, S. O., Power, T. G., Fisher, J. O., Mueller, S., & Nicklas, T. A. (2005). Revisiting a neglected construct: parenting styles in a child-feeding context. *Appetite*, 44, 83-92.
- Kong, A., Vijayasiri, G., Fitzgibbon, M. L., Schiffer, L. A., & Campbell, R. T. (2015). Confirmatory factor analysis and measurement invariance of the Child Feeding Questionnaire in low-income Hispanic and African-American mothers with preschool-age children. *Appetite*, 90(1), 16-22.
- Korbman, R. (2007). *Tratamiento y prevención de la obesidad en niños y adolescentes. Guía práctica para psicólogos, nutriólogos, padres y maestros*. México: Trillas.
- Lev-Ari, L., & Zohar, A. (2013). The psychometric properties of the Retrospective Child Feeding Questionnaire in Hebrew. *Appetite*, 65, 14-19.
- Ley 1355 de 2009. Diario Oficial N° 47.502 de 14 de Octubre de 2009.
- Liu, W.-H., Mallan, K. M., Mihrshahi, S., & Daniels, L. A. (2014). Feeding beliefs and practices of Chinese immigrant mothers. Validation of a modified version of the Child Feeding Questionnaire. *Appetite*, 80(1), 55-60.
- López-Espinoza, A., Martínez-Moreno, A. G., Aguilera-Cervantes, V., López-Uriarte, P., Ezzahra, F., Ruelas, M. G., & Vázquez-Cisneros, L. C. (2014). El hábito de comer. En A.

- López-Espinoza, & C. R. Magaña-González, *Hábitos Alimentarios: Psicobiología y socioantropología de la alimentación* (págs. 129-137). México: McGraw Hill.
- Maier, A., Chabanet, C., Schaal, B., Issanchou, S., & Leathwood, P. (2007). Food-related sensory experience from birth through weaning: Contrasted patterns in two nearby European regions. *Appetite*, 49(2), 429-440.
- Martínez-González, M., & Martínez, J. (2002). Alimentación, nutrición y estrategias en salud. En J. A. Martínez, I. Astiasaran-Anchia, & H. Madrigal-Fritsch, *Alimentación y salud pública*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Mateos-Jiménez, A. (2012). Comer bien en la escuela. La gastronomía y su papel en la mejora de la nutrición. En J. R. Martínez-Álvarez, *Nutrición y Alimentación en el ámbito escolar* (págs. 137-150). Madrid: Ergon.
- Monnery-Patris, S., Rigal, N., Chabanet, C., Boggio, V., Lange, C., Cassuto, D. A., & Issanchou, S. (2011). Parental practices perceived by children using a French version of the Kids' Child Feeding Questionnaire. *Appetite*, 57, 161-166.
- Moreno-Villares, J., & Galiano-Segovia, M. (2006). La comida en familia. Algo más que comer juntos. *Acta pediátrica española*, 64(11), 554-558.
- Navarro-Contreras, G. (2006). *Prácticas parentales de Alimentación, Locus de control y su relación con el Índice de Masa Corporal de niños(as) en edad preescolar y escolar*. Universidad Autónoma de México: México D.F.
- Naverrete, L. P. (2011). *Estilos de crianza y calidad de vida en padres preadolescentes que presentan conductas disruptivas en el aula*. Universidad del Bío-Bío: Santiago.

- Noticias Caracol. (18 de Julio de 2015). *Investigan muerte de 120 niños por desnutrición durante 2015*. Recuperado el 23 de Julio de 2015, de Noticias Caracol:
<http://www.noticiascaracol.com/colombia/segun-el-instituto-nacional-de-salud-el-departamento-con-mas-victimas-sigue-siendo-la>
- Nowicka, P., Sojonen, K., Pietrobelli, Angelo, Flodmark, C.-E., & Faith, M. S. (2014). Parental feeding practices and associations with child weight status. Swedish validation of the Child Feeding Questionnaire finds parents of 4-years-olds less restrictive. *81(1)*, 232-241.
- Ogden, J. (2005). *Psicología de la alimentación: Comportamiento saludables y trastornos alimentarios*. Madrid: Ediciones Morata.
- OMS. (2006). *Patrones de crecimiento infantil de la OMS. Nota descriptiva N° 4*. Recuperado el 13 de Junio de 2015, de OMS: www.who.int/childgrowth/4_doble_carga.pdf
- OMS. (2015). *Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva N° 311*. Recuperado el 13 de Junio de 2015, de OMS: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Ortiz, H., & Barragán, A. (2012). Inapetencia Infantil. *Revista de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica*, *14(1)*, S35-S43.
- Osorio, J., Weisstaub, G., & Castillo, C. (280-285 de 2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Revista Chilena de Nutrición*, *3(29)*.
- Patrick, H., Nicklas, T., Hughes, S., & Morales, M. (2005). The benefits of authoritative feeding style: caregiver feeding styles and children's food consumption patterns. *Appetite(44)*, 243-49.

- Perry, C. L., Zauner, M., Oakes, M., Taylor, G., & Bishop, D. B. (2002). Evaluation of a Theater Production About Eating Behavior of Children. *Journal of the School Health*, 72(6), 256-261.
- Restrepo, S. L., & Maya-Gallego, M. (2005). La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar. Un acercamiento a la cotidianidad. *Boletín de Antropología*, 19(36), 127-148.
- Rodríguez, R. (2010). *Influencia del sobrepeso y obesidad en la imagen corporal de niños(as) y su relación con las prácticas parentales de alimentación*. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo: México.
- Rubio-Herrera, M. A. (1994). *Manual de Obesidad Mórbida*. México: Médica Panamericana.
- Ruiz-Moreno, E., Del-Pozo, S., Valero-Gaspar, T., Ávila-Torres, J. M., & Varela-Moreiras, G. (2013). Dieta y estado nutricional de la población: General. En FEN, *Libro blanco de la nutrición en España* (págs. 31-38). Madrid: Fundación Española de la Nutrición .
- Sacco, L. M., Bentley, M. E., Carby-Shields, K., Borja, J. B., & Goldman, B. D. (2007). Assessment of infant feeding styles among low-income African-American mothers: Comparing reported and observed behaviors. *Appetite*, 49, 131-140.
- Save the Children. (2013). *Food for Thought. Tackling child malnutrition to unlock potential and boost prosperity*. London: Save the Children Fund.
- Scaglioni, S., Salvioni, M., & Galimberti, C. (2008). Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. *British Journal of Nutrition*, 99(Suppl. 1), 22-25.

Sherry, B., McDivitt, J., Birch, L. L., Cook, F. H., Sanders, S., Prish, J. L., . . . Scanlon, K. S.

(2004). Attitudes, Practices, and Concerns about Child Feeding and Child Weight Status among Socioeconomically Diverse White, Hispanic, and African-American Mothers.

Journal of The American Dietetic Association, 104(2), 215-221.

Shunk, D. H., Vega Pérez, M., Pineda, L. E., & Ortiz, M. E. (2012). *Teorías del aprendizaje: una*

perspectiva educativa. México: Pearson Educación.

Thompson, A. L., Mendez, M. A., Borja, J. D., Adair, L. S., Zimmer, C. R., & Bentley, M. E.

(2009). Development and validation of the Infant Feeding Style Questionnaire. *Appetite*, 53, 210-221.

UNESCO. (2004). *Participación de las familias en la educación infantil latinoamericana*.

Santiago: Trineo S.A.

Ventura, A. K., & Birch, L. L. (2008). Does parenting affect children's eating and weight status?

International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 5, 15, 01-12.

Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado

Usted acepta participar en la investigación “Observación durante la hora de comer: conductas alimentarias e interacciones familiares entre padres y niños en edad preescolar”, estudio realizado como Trabajo de Grado de Psicología de la Universidad de Antioquia de las estudiantes Yuly Castaño Olarte y Carolina Suárez Álvarez, bajo la dirección del Docente Óscar Ignacio Giraldo.

Participación:

Se realizarán dos (2) sesiones de videgrabación (en dos fechas distintas) en su hogar, durante el momento de un almuerzo cotidiano de la familia. La grabación iniciará desde que los alimentos estén servidos y finalizará cuando todos hayan terminado.

Luego de unos días se le contactará de nuevo para que el cuidador principal del niño diligencie una encuesta que durará 20 minutos aproximadamente.

Manejo de la información:

La información obtenida será confidencial y no se usará para ningún otro propósito. Sólo las personas responsables de este estudio tendrán acceso a dicha información. Las videgrabaciones serán destruidas luego de concluir el estudio y las publicaciones académicas que se deriven respetarán el anonimato de los participantes.

Riesgo del estudio: Mínimo riesgo para la salud de acuerdo a la Resolución 8430/1993

Dudas/ preguntas: Comuníquese con Carolina Suárez al correo carolina.suarez@udea.edu.co,
ó al teléfono celular 310 845 80 19

Desde ahora le agradecemos su participación.

Yo _____ con C.C. _____
Certifico que he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida respecto al curso y proceso de la investigación, sus objetivos y procedimientos. Acepto participar consciente y voluntariamente y autorizo la participación de mi hijo(a) menor de edad. Reconozco que la información que yo provea es estrictamente confidencial. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto implique consecuencia negativas para mí.

Firma del Participante

Fecha

*Se le hace entrega de una copia

Anexo 2: Child Feeding Questionnaire

DATOS DEL NIÑO/A				
Edad	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento		Sexo
			M	F
Número de hermanos	Lugar que ocupa	Tipo de Institución educativa		Grado escolar
		Publica	Privada	
Señale con una X cuáles provee la institución educativa		Tiene alguna enfermedad o problema médico		
Desayuno _____	Algo _____	Sí _____ No _____ ¿Cuál?		
Media Mañana _____	Otros _____			
Almuerzo _____	Ninguno _____			
DATOS DEL CUIDADOR				
El cuestionario debe ser diligenciado por la persona que esté más al tanto de la alimentación del niño/a				
Parentesco	Edad	Lugar de Nacimiento	Trabaja actualmente	
			Si	No
Barrio	Estrato	Tiene EPS	Tiene Sisbén	
		Si __ No __ ¿Cuál?	Si __ No __ Nivel	
Nivel de escolaridad	Ingresos mensuales familiares		Número de personas que viven en el hogar	
Primaria _____	Menos de 1SMLV _____			
Secundaria _____	Entre 1 y 2 _____			
Técnico _____	Entre 2 y 3 _____		Tipo de vivienda	
Tecnológico _____	Entre 3 y 4 _____		Propia _____	
Universitario _____	Entre 4 y 5 _____		Arrendada _____	
Posgrado _____	Más de 5 _____		Familiar _____	

Pase a la página siguiente →

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
1. Cuándo su hijo/a está en casa ¿Con qué frecuencia es usted el responsable de su alimentación?					
2. Cuando su hijo está en familia, ¿Con qué frecuencia es usted responsable de decidir el tamaño de las porciones de comida que come su hijo/a?					
3. Cuando su hijo está en familia, ¿Con qué frecuencia es usted el responsable de definir si su hijo/a ha comido el tipo correcto de comida?					

	Marcado bajo peso	Con bajo peso	Normal	Sobrepeso	Marcado sobrepeso
4. Respecto a su propio peso, ¿Cómo se veía usted mismo /a cuando tenía entre 5 -10 años?					
5. Respecto a su propio peso, ¿Cómo se veía usted mismo/a cuando era adolescente?					
6. Respecto a su propio peso, ¿Cómo se veía así mismo/a cuando tenía entre 20-30 años? (Responder sólo si tiene más de 30 años)					
7. Respecto a su propio peso, ¿Cómo se ve usted mismo/a en la actualidad?					
8. Respecto al peso de su hijo/a ¿Cómo lo veía durante el primer año de su vida?					
9. Respecto al peso de su hijo/a ¿Cómo lo veía a los 2 años?					
10. Respecto al peso de su hijo/a ¿Cómo lo veía cuando tenía 3-5 años? (si su hijo/a es menor de 6 años pase a la pregunta 12)					

Pase a la página siguiente →

	No estoy preocupado	Estoy un poco preocupado	Estoy preocupado	Estoy bastante preocupado	Estoy muy preocupado
11. ¿Qué tan preocupado está usted sobre si su hijo/a come demasiado cuando usted no está cerca?					
12. ¿Qué tan preocupado está acerca de que su hijo/a tenga una dieta para mantener un peso deseado?					
13. ¿Qué tan preocupado está de que su hijo/a esté ganando peso?					

	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo
14. Tengo que asegurarme de que mi hijo/a no come muchos dulces (dulces, helado, pasteles, etc.)					
15. Tengo que asegurarme de que mi hijo/a no come mucha comida alta en grasa					
16. Tengo que asegurarme de que mi hijo no come mucha cantidad de su comida favorita					
17. Intencionalmente mantengo algunas comidas fuera del alcance de mi hijo/a					
18. Le ofrezco dulces a mi hijo/a como premio por su buen comportamiento					
19. Le ofrezco a mi hijo/a su comida favorita a cambio a cambio de buen comportamiento					

Pase a la página siguiente →

	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo
20. Si yo no regulara o guiara la alimentación de mi hijo/a, él/ella podría comer demasiada comida chatarra					
21. Si yo no regulara o guiara la alimentación de mi hijo/a, él/ella podría comer demasiada cantidad de su comida favorita					
22. Mi hijo/a siempre debería comer toda la comida de su plato					
23. Tengo que estar especialmente atento para asegurarme de que mi hijo/a come lo suficiente					
24. Si mi hijo/a dice “No tengo hambre”, trato de que coma de todas maneras					
25. Si yo no regulara o guiara la alimentación de mi hijo/a, él/ella podría comer mucho menos de lo que debería					

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
26. ¿Qué tanto usted controla los dulces que come su hijo/a?					
27. ¿Qué tanto usted controla el mecato que come su hijo/a? (doritos, papitas, etc.)					
28. ¿Qué tanto usted controla las comidas altas en grasa que come su hijo/a?					

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN