

Estrategias parentales de alimentación en niños con un Trastorno de Evitación/Restricción de la Ingesta de Alimentos (ARFID): Asociación con la conducta de rechazo a los alimentos

Parental feeding strategies in children with Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID): Association with food refusal behavior

Susana Saravia^{a,b}, Fernanda Díaz-Castrillón^a, Claudia Cruzat-Mandich^a,
Paula Lizana-Calderón^a, Daniela Gómez^b, Francisca Corona^c

^aCentro de Estudios de la Conducta Alimentaria (CECA), Escuela de Psicología, Universidad Adolfo Ibáñez. Santiago, Chile.

^bClínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile. Santiago, Chile

^cDepartamento de Pediatría, Clínica Las Condes. Departamento de Pediatría y Cirugía Oriente, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Recibido: 23 de junio de 2021; Aceptado: 23 de mayo de 2022

¿Qué se sabe del tema que trata este estudio?

Dado su estado como un trastorno recientemente definido, se conocen los criterios de clasificación del ARFID, algunas asociaciones con variables del cuidador y niño, y pautas de manejo general sin existir a la fecha algún tratamiento basado en la evidencia.

¿Qué aporta este estudio a lo ya conocido?

Este estudio se convierte en la única evidencia local que da cuenta de las estrategias alimentarias parentales asociadas a mayor rechazo alimentario en niños con ARFID, desde la propia experiencia de los padres ante un diagnóstico aún emergente en Chile.

Resumen

El Trastorno de Evitación/Restricción de la Ingesta de Alimentos (ARFID) se caracteriza por la evitación persistente y/o restricción de la ingesta de alimentos, observándose tres presentaciones clínicas: falta de interés en la comida, selectividad basada en la sensibilidad sensorial, y miedo a las consecuencias aversivas. Las estrategias utilizadas por los padres durante las comidas pueden predisponer o mantener el rechazo alimentario del niño. **Objetivo:** determinar asociación entre las estrategias parentales utilizadas en la alimentación, con la conducta de rechazo a los alimentos en niños/as ARFID. **Pacientes y Método:** Investigación de corte transversal. Para la selección de los participantes se utilizó un muestreo no probabilístico. Participaron 24 padres/madres cuyos hijos habían sido diagnosticados con un ARFID. Se consideraron los subtipos de ARFID según criterios del DSM-5: Apetito limitado, Ingesta selectiva y Miedo a la alimentación. Criterios de exclusión fueron ARFID de causa orgánica y/o trastornos generalizados del desarrollo. Para la recolección de

Palabras clave:

Trastornos Alimentarios Infantiles (TAI); Prácticas Alimentarias; Estrategias Parentales; Malnutrición

datos se utilizaron el Child Eating Behaviors Questionnaire y el Child Feeding Questionnaire. **Resultados:** Se evidenció una asociación entre la estrategia alimentaria parental de presión para comer con la conducta de rechazo a los alimentos, y con conductas alimentarias infantiles de subalimentación emocional ($p = 0,046$), lentitud para comer ($p = 0,016$), rechazo frente a los alimentos ($p = 0,019$) y respuesta de saciedad ($p = 0,003$). **Conclusión:** Las conductas alimentarias frecuentemente percibidas por los padres con hijos diagnosticados con ARFID se relacionan con la dimensión de enfoque negativo hacia la comida, como respuesta de saciedad, rechazo alimentario, lentitud para comer y subalimentación emocional.

Abstract

Avoidance/Restriction of Food Intake Disorder (ARFID) is characterized by persistent avoidance and/or restriction of food intake, with three clinical presentations: lack of interest in food, selectivity based on sensory sensitivity, and fear of aversive consequences. The strategies used by parents during mealtimes may predispose or maintain the child's food refusal. **Objective:** to determine the association between parental strategies used during mealtimes and food refusal behavior in ARFID children. **Patients and Method:** Cross-sectional research. Non-probabilistic sampling was used for the selection of participants. Twenty-four parents whose children had been diagnosed with ARFID participated. ARFID subtypes were considered according to DSM-5 criteria: limited appetite, selective eating and fear of eating. Exclusion criteria were ARFID of organic cause and/or pervasive developmental disorders. The Child Eating Behaviors Questionnaire and the Child Feeding Questionnaire were used for data collection. **Results:** An association was evidenced between the parental eating strategy of pressure to eat with food refusal behavior, and with child eating behaviors of emotional underfeeding ($p = 0.046$), slowness to eat ($p = 0.016$), refusal in front of food ($p = 0.019$) and satiety response ($p = 0.003$). **Conclusion:** Eating behaviors frequently perceived by parents with children diagnosed with ARFID are related to the dimension of negative approach towards food, such as satiety response, food refusal, slowness to eat and emotional underfeeding.

Keywords:

Child Eating Disorders (TAI);
Eating Practices;
Parenting Strategies;
Malnutrition

Introducción

Reconocer los signos y síntomas de los trastornos alimentarios en la infancia, tanto para su prevención como tratamiento, es una tarea inminente para los profesionales de la salud especialmente dado lo reciente del diagnóstico, falta de estudios y caracterización de estas poblaciones¹. Recientemente, para mejorar la utilidad clínica en la clasificación de los diagnósticos relacionados con alimentación en la infancia, en base a estudios de campo y opinión de expertos, el DSM-5 rearticuló los trastornos alimentarios de inicio en la infancia con el nombre Trastorno de Evitación/Restricción de la Ingesta de Alimentos (TERIA en castellano, ARFID en inglés).

A partir de los criterios del DSM-5, se ha encontrado una prevalencia entre 14%² y 22,5%³ en niños y adolescentes de 7 a 18 años, para ARFID, en muestras clínicas internacionales de centros pediátricos de trastornos alimentarios. Estudios de incidencia encontraron que el 62% de los menores de 12 años con ARFID tenían presentaciones atípicas²⁻⁴.

El ARFID es una condición heterogénea, resultado de la evitación persistente y/o restricción alimentaria, conducente a (al menos uno) de los siguientes cuatro

criterios diagnósticos que pueden estar relacionados: baja de peso o retraso de crecimiento, deficiencia nutricional, dependencia de suplementos nutricionales para alcanzar las metas nutricionales y/o interferencia significativa en el funcionamiento psicosocial. Se excluyen aquellos niños cuyas dificultades alimentarias se explican mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica cultural, por otro trastorno médico o mental, o por alteraciones en la imagen corporal⁵.

Aunque existen otras clasificaciones⁶, los subtipos de ARFID que se han validado desde el DSM-5⁵ son: evitación de los alimentos debido a sus propiedades sensoriales (sabor, textura, olor), poco apetito o falta de interés en los alimentos, y miedo a las consecuencias negativas de comer (atorarse, vomitar, dolor, reacciones alérgicas y otras). La expresión de estos subtipos puede darse en diversas combinaciones e intensidad.

La predisposición biológica en los ARFID no ha sido suficientemente estudiada⁷, no obstante, se ha reportado que, por ejemplo, las preferencias de gusto presentan un componente genético⁸, y que los problemas de procesamiento sensorial y rasgos temperamentales, tienen influencia en la alimentación, especialmente durante la infancia temprana⁹. Lo anterior estaría asociado con trastornos ansiosos, trastornos

obsesivo-compulsivos, trastorno por déficit atencional y otros^{4,10-12}. Por su parte, un estudio transversal reporta que las dificultades en comer en cantidad o calidad que emergen con mayor frecuencia son las que ocurren en las transiciones alimentarias¹³, lo que instala la importancia de los aspectos ambientales cotidianos.

Las estrategias de los padres frente a la percepción de dificultades para alimentar a su hijo dependerían de sus propias características, pareciendo ser los patrones de refuerzo maladaptativos factores mantenedores del problema^{9,14}. Los niños con dificultades en la alimentación tendrían padres con niveles más altos de sensibilidad a la reacción infantil y niveles inferiores de estructuración¹⁰, lo que los induciría a evitar la confrontación o a abortar los esfuerzos, exponiéndolos así a menores oportunidades alimentarias variadas¹⁰.

En el contexto familiar de menores con ARFID se han observado estrategias de alimentación que incluyen la restricción de alimentos, control de la ingesta de alimentos, persuasión a comer y presión para comer. Esta última incluye un componente intrusivo y hostil para forzar al niño a comer¹⁵, y estudios recientes demuestran que una mayor presión de los padres para comer parece estar asociada a ARFID^{12,16}. Además, la presión para comer tendría un efecto contraproducente al reducir el disfrute del alimento en los niños, con reducción de la ingesta alimentaria y pérdida de peso^{17,18}, y mayor afecto negativo durante las comidas¹⁹.

Adicionalmente, la restricción alimentaria y límites parentales en cuanto al qué y cómo comer, se asocian a conductas alimentarias infantiles negativas en niños con ARFID, especialmente disminución de la sensación de hambre o respuesta de saciedad, lentitud para comer y menor disfrute de los alimentos, evaluados por medio del *Children's Eating Behaviour Questionnaire-CEBQ*^{17,19}.

Investigaciones recientes sugieren la existencia de una influencia recíproca entre la conducta alimentaria infantil de negativa a comer, irritabilidad e inquietud infantil, y las estrategias alimentarias parentales, que darían cuenta de las características y conductas alimentarias de sus hijos²⁰⁻²². Aún no hay estudios concluyentes que determinen si es el rechazo alimentario infantil lo que provoca presión parental, o si la restricción y presión de los padres induce el rechazo alimentario en los niños, por lo que la hipótesis de una relación bidireccional en las interacciones de alimentación resulta aceptable^{22,23}. En opinión de otros, los patrones de refuerzo maladaptativos serían solo factores mantenedores y no causales^{9,14}.

El objetivo de la presente investigación fue evaluar la asociación entre las estrategias de alimentación parentales utilizadas en niños que presentan un ARFID, con la conducta alimentaria infantil de rechazo a los alimentos.

Pacientes y Método

Participantes

La muestra quedó constituida por 24 padres/madres, de Santiago de Chile, cuyos hijos habían sido diagnosticados con un ARFID, y estuvieron en tratamiento en distintos centros de atención primaria o centros privados de atención especializada en trastornos alimentarios. Los criterios de inclusión fueron: (a) padres/madres de niños/as de entre 4 y 10 años, diagnosticados con ARFID por psiquiatra, pediatra, terapeuta ocupacional y/o psicólogo, según criterios DSM-5, información entregada verbalmente a los evaluadores. Criterios de exclusión: ARFID asociados a causa orgánica y/o trastornos generalizados del desarrollo.

Instrumentos

1) *Children's Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ)*²⁴

Evalúa estilos de alimentación infantil en dos dimensiones, ambas en cuadro subescalas: 1) enfoque negativo hacia la comida: subalimentación emocional, lentitud para comer, respuesta de saciedad, y rechazo frente a los alimentos, y 2) enfoque positivo respecto a la alimentación: sobrealimentación emocional, disfrute de alimentos, deseo de beber y respuesta frente a los alimentos (tabla 1). Cuestionario validado en población mexicana²⁵ para su uso en español, presentando una confiabilidad a través del coeficiente alfa de 0,882.

2) *Child Feeding Questionnaire (CFQ)*²⁶

Cuestionario que evalúa creencias, actitudes y estrategias parentales alrededor de la alimentación infantil, basado en siete subescalas, categorizadas en dos dimensiones: 1) percepciones y preocupaciones relacionadas con la alimentación y 2) estrategias parentales hacia la alimentación infantil. La primera dimensión, agrupa las siguientes subescalas: preocupación por el peso del niño (P); peso percibido del niño (PPN); peso percibido de la madre (PPM); y responsabilidad percibida (RP). La segunda dimensión contempla: presión para comer (PC); monitoreo (M), y restricción (R) (tabla 2). Se ha validado en población mexicana²⁷ para su uso en español, presentando una consistencia interna de 0,858.

3) *Cuestionario de información sociodemográfica*

Incluyó: edad, género, antropometría evaluada por los tratantes de los centros de salud, estado civil y ocupación de los padres, entre otros. Para la clasificación del estado nutricional, se utilizaron las puntuaciones Z de las curvas de la OMS de P/T para niños menores de 5 años y 29 días, y de IMC en niños de 5 años y 29 días o más²⁸⁻³⁰. Para el nivel socioeconómico (NSE) se utilizó el modelo de estimación de Adimark³¹.

Tabla 1. Descripción subescalas *Children's Eating Behaviour Questionnaire* (CEBQ)

Subescala	Descripción
Respuesta a la saciedad (RS)	Disminución de la sensación de hambre ocasionada por el consumo de alimentos.
Respuesta frente a los alimentos (RC)	Susceptibilidad a preferir alimentos de mejores propiedades organolépticas en contextos habituales.
Sobrealimentación emocional (SCE)	Incapacidad de controlar la ingesta de comida (comer más) en contextos emocionales negativos.
Subalimentación emocional (CPE)	Hace referencia a comer menos durante los estados emocionales negativos.
Disfruta de comer (DC)	Condición asociada positivamente con la sensación de hambre, el deseo de comer y el placer por el alimento.
Lentitud para comer (CD)	Tendencia a prolongar la duración de los tiempos de comida.
Rechazo a Alimentos (RA)	Alta selectividad porque solo pocas comidas son aceptadas.
Deseo de Beber (DB)	Deseo de beber y tendencia a llevar a mano bebidas generalmente azucaradas.

Tabla 2. Descripción subescalas *Child Feeding Questionnaire* (CFQ)

Subescala	Descripción
Preocupación por el peso del niño (P)	Evalúa la preocupación de los padres acerca del riesgo de su niño de tener sobrepeso.
Peso percibido del niño (PPN)	Evalúa la percepción de los padres sobre el estado actual y la historia de peso de sus hijos.
Peso percibido de la madre (PPM)	Evalúa la percepción de las madres sobre su propia historia de peso.
Responsabilidad Percibida (RP)	Mide que tan responsables se perciben los padres de la alimentación de sus hijos(as).
Presión para comer (PC)	Evalúa la tendencia de los padres de presionar a sus hijos para que coman más.
Monitoreo (M)	Evalúa la medida en que los padres sobre vigilan la alimentación de sus hijos.
Restricción de alimentos (R)	Evalúa la medida en la cual los padres restringen el acceso a la comida a sus hijos(as).

Procedimientos

Se contactó a profesionales de la salud dedicados a trastornos alimentarios infantiles en Chile, quienes entregaron al equipo investigador los datos de contacto de padres de pacientes que accedieron a participar voluntariamente, y cumplían con los criterios de inclusión/exclusión, para coordinar la aplicación de cuestionarios, previa firma del consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el comité de ética de la Universidad Adolfo Ibáñez.

El método de clasificación de los subtipos de ARFID fue realizado según el diagnóstico entregado por los profesionales tratantes, considerando los siguientes criterios del DSM-5: 1) **Apetito limitado:** Aquellos niños que no comen lo suficiente y muestran cierto desinterés en la ingesta de alimentos; 2) **Ingesta selectiva:** Niños quienes comen una variedad inadecuada de alimentos a raíz de una aversión sensorial respecto a la textura, sabor, temperatura o presentación de los alimentos; y 3) **Miedo a la alimentación:** Aquellos niños que luego de alguna experiencia traumática con la alimentación (vómito, uso de sondas, atoro o dolor), presentan rechazo persistente al consumo de alimentos.

Diseño y análisis

Estudio cuantitativo, de carácter exploratorio, dise-

ño correlacional, no experimental, y de corte transversal. La estrategia de muestreo empleada fue no probabilístico intencionado.

Se utilizó estadísticos descriptivos para el análisis de datos. Para la evaluación de las asociaciones entre las variables: a) conducta alimentaria infantil y b) estrategias alimentarias parentales, se utilizó correlación de Spearman, y Tau b de Kendall, luego de comprobar que las variables no presentaban distribuciones normales, a través de la prueba K-S Kolmogorov Smirnov³², utilizándose el programa estadístico SPSS versión 25. Se consideró un alfa de 0,05.

Las hipótesis del estudio fueron: 1) En padres con hijos diagnosticados con ARFID, predominarían estrategias alimentarias de uso del control, específicamente: Presión para comer (PC), Monitoreo de la ingesta (M) y Restricción alimentaria (R); 2) Las estrategias alimentarias de uso del control por parte de los padres se asociaría a conductas de rechazo frente a los alimentos.

Resultados

Características de los pacientes

El rango de edad fue desde 4 a 10 años (Media = 6,29; DE = 2,05); 16 hombres (66,7%) y 8 mujeres

(33,3%); 5 de ellos vivían con ambos padres (20,8%), 16 con padres y hermanos (66,7%) y 3 con abuelos y padres (12,5%). El 50% se encontraba en tratamiento médico, y 33,3% presentaba antecedentes familiares de obesidad y/o un trastorno de la conducta alimentaria al momento del diagnóstico de ARFID. Se contempló una muestra de 30 participantes, no obstante, tres participantes no cumplieron con los criterios de inclusión, y tres rechazaron formar parte del estudio.

Con respecto a los subtipos ARFID, 50% de los niños presentaba ingesta selectiva, 29,2% apetito limitado y un 20,8% miedo a alimentarse.

Respecto a los criterios DSM-5 para ARFID, predominó la interferencia significativa en el funcionamiento psicosocial (87,5%), seguido por pérdida de peso significativa (58,3%), deficiencia nutricional importante (50%) y dependencia de alimentación enteral (4,2%). Se observaron los siguientes puntajes Z para la evaluación del estado nutricional infantil: niños con ARFID subtipo ingesta selectiva se encuentran en un promedio de 0,54; apetito limitado -0,97 y miedo a comer -3,95. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($F_{21,2} = 9,89$, $gl = 21,2$ $p < 0,001$), específicamente entre el grupo miedo a comer y los grupos apetito limitado e ingesta selectiva, presentando el primero menores valores de puntajes Z.

Características de los cuidadores

Las edades fluctuaron entre los 27 y 48 años ($M = 34,4$; $DE = 5,00$). Participaron 19 madres (79,2%) y 5 padres (20,8%), donde un 70,8% estaba casado o viviendo en pareja, un 20,8% soltero y un 8,3% divorciado. La mitad de la muestra pertenecía al NSE medio; en tanto, 7 de ellos al NSE alto (29,2%) y 5 al NSE bajo (20,8%). El nivel educacional se distribuyó en 37,5% con educación universitaria, 29,2% con educación secundaria completa y 33,3% con educación técnico profesional. La mitad declaró tener un trabajo de jornada completa, mientras el porcentaje restante se distribuyó entre jornada parcial, horario flexible y dueño de casa.

Descriptivos para percepción de los padres sobre las estrategias parentales utilizadas durante las comidas (CFQ) y percepción de la conducta alimentaria de su hijo (CEBQ)

Con respecto a las percepciones, creencias y preocupaciones hacia la alimentación de sus hijos, predominó en los padres la responsabilidad percibida respecto a la alimentación de los hijos ($M = 4,43$; $DE = 0,56$). En cuanto a las estrategias alimentarias referidas por los padres, los mayores puntajes correspondieron al monitoreo de la ingesta de alimentos ($M = 3,98$; $DE = 0,96$), seguido de presión para comer ($M = 3,57$; $DE = 0,89$), y restricción de alimentos ($M = 3,04$; $DE = 0,90$) (tabla 3).

En relación con la conducta alimentaria infantil, la mayor parte se agrupó en la dimensión de enfoque negativo hacia la comida, observándose mayor respuesta de saciedad ($M = 3,55$; $DE = 0,85$), lentitud para comer ($M = 3,2$; $DE = 1,11$) y subalimentación emocional, es decir, reducción de la ingesta durante estados emocionales negativos ($M = 3,13$; $DE = 0,68$), con un considerable aumento para la variable rechazo frente a los alimentos ($M = 4,3$; $DE = 0,61$) (tabla 4).

Las conductas alimentarias infantiles que fueron menos predominantes para esta muestra fueron la sobrealimentación emocional ($M = 1,84$; $DE = 0,72$) y la respuesta frente a los alimentos ($M = 2,0$; $DE = 0,77$) (tabla 4).

Descriptivos según subtipo de ARFID y uso de estrategias parentales durante la alimentación

En los padres con hijos con apetito limitado fue más frecuente observar que se percibían altamente responsables de la alimentación de sus hijos - responsabilidad percibida - ($M = 4,5$; $DE = 0,46$) y la estrategia alimentaria comúnmente utilizada era el monitoreo de

Tabla 3. Descriptivos para estrategias alimentarias parentales según variable y dimensión

Variable	Min	Max	Prom	SD
Percepciones alimentarias				
Responsabilidad percibida	3,3	5,0	4,431	0,5602
Peso materno	2,5	3,8	3,271	0,3120
Peso del hijo	0,5	2,7	1,806	0,6092
Preocupación peso del hijo	1,0	5,0	2,542	1,2151
Estrategias parentales				
Restricción de alimentos	1,1	5,4	3,047	0,9005
Presión para comer	2,3	5,0	3,573	0,8983
Monitoreo de la ingesta	2,0	5,0	3,986	0,9554

Tabla 4. Descriptivos para conducta alimentaria infantil según variable y dimensión

Variable	Min	Max	Prom	SD
Enfoque positivo hacia la comida				
Respuesta frente a alimentos	1,0	3,6	2,0	0,7712
Sobrealimentación emocional	1,0	3,4	1,849	0,7232
Disfrute de alimentos	1,0	4,0	2,367	0,7705
Deseo de beber	1,0	5,0	2,889	1,1019
Enfoque negativo hacia la comida				
Respuesta de saciedad	1,6	5,0	3,550	0,8572
Lentitud para comer	1,3	5,0	3,271	1,1130
Subalimentación emocional	2,0	4,3	3,135	0,6875
Rechazo frente a los alimentos	3,0	5,0	4,354	0,6184

la ingesta ($M = 3,8$; $DE = 0,92$). Mientras que los padres de niños con miedo a comer utilizaron la presión para comer ($M = 3,9$; $DE = 0,94$) y monitoreo de la ingesta ($M = 3,8$; $DE = 1,30$). Cabe destacar que, en los niños con miedo a comer, se observaron mayores conductas alimentarias de respuesta de saciedad ($M = 4,1$; $DE = 0,96$), lentitud para comer ($M = 3,5$; $DE = 1,41$), subalimentación emocional ($M = 3,7$; $DE = 0,39$), y rechazo frente a los alimentos ($M = 4,4$; $DE = 0,59$) en comparación con los otros dos subtipos de ARFID. Finalmente, en los padres de niños con ingesta selectiva predominó principalmente el monitoreo de la ingesta ($M = 4,1$; $DE = 0,87$) seguido por la restricción de alimentos preferidos del niño ($M = 3,3$; $DE = 0,75$).

Cabe destacar que ninguna de las diferencias entre los grupos resultó ser estadísticamente significativa.

Análisis relacionales

Se observaron las siguientes asociaciones significativas entre las variables de a) conducta alimentaria infantil, medida con el CEBQ y b) estrategias alimentarias parentales, medida con el CFQ.

Se observaron correlaciones directas entre la estrategia parental de presión para comer con: subalimentación emocional ($r = 0,411$; $p = 0,046$), respuesta de saciedad ($r = 0,575$; $p = 0,003$), lentitud para comer ($r = 0,487$; $p = 0,016$) y rechazo frente a los alimentos ($r = 0,474$; $p = 0,019$). La tendencia de los padres a presionar a sus hijos a comer se correlacionó de manera inversa con las subescalas de respuesta a los alimentos ($r = -0,695$; $p < 0,001$), sobrealimentación emocional ($r = -0,729$; $p < 0,001$) y disfrute de alimentos ($r = -0,748$; $p < 0,001$). Es decir, la presión para comer se relacionó significativamente con menor disfrute de los alimentos por parte del niño, menor respuesta frente a los alimentos, como falta de respuesta a las señales externas de comida (olor y/o apariencia), y menor sobrealimentación asociada a emociones negativas por parte del niño.

La subescala de restricción alimentaria se asoció de manera directa con las subescalas del CEBQ de respuesta frente a los alimentos ($r = 0,414$; $p = 0,044$) y sobrealimentación emocional ($r = 0,409$; $p = 0,047$). Además, la restricción alimentaria mostró correlación directa con la subescala preocupación por el peso del hijo, ambas medidas por el CFQ. Es decir, hubo un mayor uso de la estrategia de restricción alimentaria cuando mayor era la preocupación por el peso del hijo ($r = 0,610$; $p = 0,002$).

De esta forma, dos subescalas que se relacionan con estrategias alimentarias de uso del control por parte de los padres, específicamente, presión para comer y restricción alimentaria, presentaron asociaciones estadísticamente significativas con aquellas subescalas de conducta alimentaria infantil vinculadas con un enfoque

negativo con la comida, específicamente, respuesta de saciedad, lentitud para comer, subalimentación emocional y rechazo frente a los alimentos (tabla 5).

Al relacionar el estado nutricional del niño, se observa una interacción no lineal entre el puntaje Z y la preocupación por el peso del hijo ($\tau_{\text{Kendall}} = 0,310$, $p = 0,040$) Específicamente, a mayor preocupación por el peso del hijo, más alto fue el puntaje Z ($r = -0,412$; $p = 0,045$).

Discusión

De acuerdo con nuestros hallazgos existen estrategias alimentarias parentales que se asocian con la conducta de rechazo alimentario infantil en niños con ARFID. Específicamente, la estrategia parental de presión para comer se relaciona con mayor subalimentación emocional, respuesta a la saciedad, lentitud para comer y rechazo a los alimentos. Esto es coincidente con otras investigaciones en que se observa cómo los padres utilizan presión para comer, monitoreo de la ingesta u ofrecimiento de un rango más estrecho de alimentos, debido al persistente rechazo de alimentos nuevos por parte del niño y en un esfuerzo parental por fomentar la variedad de alimentos que se le presentan al niño¹⁹, Previamente Rolls, Rolls, Rowe & Sweeney³³ ya sostenían cómo la conducta alimentaria infantil de respuesta de saciedad puede evitar que los padres expongan a sus hijos a diferentes tipos de alimentos. Del mismo modo, se observó que, a mayor presión ejercida por los padres, menor es el disfrute de los alimentos y la capacidad de respuesta y/o interés del niño hacia la comida. Esto concuerda con lo planteado por Kroller, Jahnke & Warschburger¹⁸ en relación con el efecto contraproducente que podría tener la presión para comer sobre la reducción del disfrute de los alimentos por parte del niño, lo que además podría influir en la disminución de la ingesta alimentaria, perpetuando las conductas de evitación del niño hacia los alimentos. Así, cuando el niño es presionado para consumir un alimento, al mismo tiempo experimenta desagrado hacia dicho alimento, siendo probable que la respuesta de ansiedad aumente, lo cual pueda resultar en el desarrollo de una aversión alimentaria¹⁰.

En este estudio se evidenció que el uso de la estrategia parental de restricción alimentaria se relaciona con la respuesta del niño a los alimentos y sobrealimentación emocional, así como también, la presión para comer se relaciona con la respuesta del niño a los alimentos y subalimentación infantil asociado a emociones negativas. De esta forma, pero relacionado con la regulación emocional, nuestros hallazgos sugieren que, estrategias alimentarias relacionadas con el uso de control por parte de los padres en niños diagnóstica-

Tabla 5. Correlaciones entre estrategias parentales y conducta alimentaria infantil

Estrategias parentales	Conducta alimentaria infantil							
	Respuesta frente a alimentos	Sobre-alimentación emocional	Disfrute de alimentos	Deseo de beber	Respuesta de saciedad	Lentitud para comer	Sub-alimentación emocional	Rechazo frente a los alimentos
Responsabilidad percibida	r = -0,101 p = 0,639	r = -0,086 p = 0,690	r = -0,195 p = 0,360	r = 0,094 p = 0,662	r = 0,404 p = 0,050	r = 0,028 p = 0,898	r = 0,237 p = 0,266	r = 0,388 p = 0,061
Percepción del peso materno	r = -0,051 p = 0,813	r = 0,020 p = 0,926	r = -0,210 p = 0,324	r = 0,086 p = 0,690	r = 0,132 p = 0,539	r = 0,073 p = 0,734	r = -0,019 p = 0,931	r = 0,269 p = 0,204
Percepción del peso del hijo	r = 0,265 p = 0,211	r = 0,345 p = 0,099	r = 0,175 p = 0,413	r = -0,142 p = 0,509	r = -0,350 p = 0,094	r = -0,163 p = 0,447	r = -0,298 p = 0,158	r = -0,130 p = 0,544
Preocupación por el peso del hijo	r = 0,433 p < 0,05	r = 0,410 p < 0,05	r = 0,275 p = 0,193	r = 0,214 p = 0,316	r = -0,111 p = 0,605	r = -0,186 p = 0,384	r = 0,061 p = 0,777	r = 0,204 p = 0,339
Restricción de alimentos	r = 0,414 p < 0,05	r = 0,409 p < 0,05	r = 0,167 p = 0,435	r = 0,250 p = 0,239	r = 0,036 p = 0,869	r = 0,001 p = 0,997	r = -0,024 p = 0,911	r = 0,328 p = 0,118
Presión para comer	r = -0,695 p < 0,05	r = -0,729 p < 0,05	r = -0,748 p < 0,05	r = -0,304 p = 0,148	r = 0,575 p < 0,05	r = 0,487 p < 0,05	r = 0,411 p < 0,05	r = 0,474 p < 0,05
Monitoreo de la ingesta de alimentos	r = 0,039 p = 0,856	r = 0,039 p = 0,856	r = -0,069 p = 0,748	r = 0,014 p = 0,948	r = -0,043 p = 0,843	r = 0,363 p = 0,082	r = 0,034 p = 0,874	r = 0,089 p = 0,679

dos con ARFID puede disminuir o aumentar la ingesta de alimentos en el niño frente a estados emocionales negativos dependiendo de la estrategia parental utilizada. Por lo anterior, sería interesante investigar sobre la relación del alimento en niños diagnosticados con ARFID y regulación emocional, dado que diversos autores ya han descrito la relación entre conducta alimentaria infantil y regulación emocional^{17,34,35} y, especialmente en niños con ARFID, se ha sugerido que la presión de los padres sobre la ingesta de alimentos de sus hijos puede contribuir a la disociación de las señales de hambre /saciedad, como a hábitos alimentarios anormales por razones extrínsecas como la emoción³⁶.

Del mismo modo, el estudio sugiere que la restricción alimentaria parental se relaciona con las preocupaciones respecto a la alimentación y peso corporal del hijo. Lo que es concordante con lo señalado en la literatura¹⁵ donde los padres son más propensos a ejercer altos niveles de control externo sobre el comportamiento alimentario infantil cuando están preocupados por la percepción de bajo peso de su hijo¹⁵.

Otro de nuestros hallazgos, es en relación con el subtipo de ARFID miedo a comer, cuyos niños presentarían mayores conductas alimentarias de respuesta de saciedad, lentitud para comer, subalimentación emocional, y rechazo a los alimentos, y cuyos padres tienden a utilizar estrategias alimentarias de presión para comer. Es importante esta categoría ya que resulta especialmente necesario realizar una adecuada evaluación psicológica y psiquiátrica. Para lo anterior, Milano et al., han propuesto banderas rojas en distintas áreas,

como una de las estrategias para el enfrentamiento de este diagnóstico, que incluyen identificar algún desencadenante del cambio en la conducta alimentaria, así como la presencia de síntomas ansiosos y fóbicos a lo largo de la vida³⁷. La detección precoz y psicoeducación parental hacia una alimentación sensible y sobre los efectos de la presión para comer podría disminuir o prevenir dichas conductas alimentarias¹.

Los resultados de este estudio muestran asociaciones significativas entre la restricción y presión de los padres, y el rechazo a los alimentos en niños diagnosticados con ARFID, sin embargo, no nos permiten establecer la dirección de dicha asociación. No obstante, permiten plantear que las estrategias alimentarias parentales resultarían determinantes en mantener y/o facilitar la conducta alimentaria infantil de rechazo a los alimentos. Más aún cuando no existe evidencia nacional al respecto.

Por último, las limitaciones de este estudio incluyen que, al ser los datos de carácter transversal, no es posible establecer hipótesis de causa y efecto, ni observar los procesos de formación tanto de las estrategias como de la conducta alimentaria. Como se usaron cuestionarios autoaplicados los padres podrían haber manipulado sus respuestas para reflejar comportamientos deseables y culturalmente apropiados.

Es necesario, para investigaciones futuras, examinar el rol del funcionamiento familiar, lo que es importante para comprender mejor el uso de ciertas estrategias parentales por sobre otras, y cuya relevancia es descrita por otros investigadores³⁸.

Conclusiones

El objetivo del presente estudio fue evaluar la asociación entre las estrategias de alimentación parentales y la conducta de rechazo a los alimentos en niños diagnosticados con ARFID. Al igual que en otras investigaciones^{39,40}, se observó una asociación entre la estrategia alimentaria parental de presión para comer, y la conducta alimentaria infantil de rechazo a los alimentos. Al mismo tiempo que, las estrategias parentales de presión para comer y restricción alimentaria se correlacionaron con una menor respuesta a los alimentos por parte del niño.

A su vez, las conductas alimentarias frecuentemente percibidas por los padres con hijos diagnosticados con ARFID en este estudio son las que se relacionan con la dimensión de enfoque negativo hacia la comida, como respuesta de saciedad, rechazo alimentario, lentitud para comer y subalimentación emocional.

Responsabilidades Éticas

Protección de personas y animales: Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos: Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

- De Toro V, Aedo K, Urrejola P. Trastorno de Evitación y Restricción de la Ingesta de Alimentos (ARFID): Lo que el pediatra debe saber. *Andes pediátrica* 2021;92(2): 298-307. <https://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v92i2.2794>.
- Fisher M, Rosen D, Ornstein RM, et al. Characteristics of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in Children and Adolescents: A "New Disorder" in DSM-5. *Journal of Adolescent Health*. 2014;55(1):49-52.
- Nicely TA, Lane-Loney S, Masciulli E, et al. Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *J Eat Disord*. 2014;2(1):21.
- Katzman DK, Norris ML, Zucker N. Avoidant Restrictive Food Intake Disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 2018.
- American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5). EEUU: American Psychiatric Publishing. Editorial Médica Panamericana. 5° Ed. Buenos Aires 2014.
- Sacco B, Kelley U. Diagnosi an Evaluation of Eating Disorders in Pediatric Patient. *Pediatric Annals. Special Issue Article*. 2018;47(6).
- Thomas JJ, Lawson EA, Micali N, et al. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: a Three-Dimensional Model of Neurobiology with Implications for Etiology and Treatment. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(8):54.
- Breen FM, Plomin R, Wardle J. Heritability of food preferences in young children. *Physiol Behav*. 2006;88(45):443-7.
- Nicklaus S, Schwartz C, Monnery-Patris S, et al. Early development of taste and flavor preferences and consequences on eating behavior. Henry CJ, Nicklas TA, Nicklaus S (eds): *Nurturing a Healthy Generation of Children: Research Gaps and opportunities*. Nestlé Nutr inst Workshop Ser;91:1-10. DOI:10.1159/000493673) Nestlé Nutrition Institute, Switzerland/s.Karger AG., Basel, 2019.
- Steinsbekk S, Bonneville-Roussy A, Fildes A, et al. Child and parent predictors of picky eating from preschool to school age. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2017;14(1):87.
- Mammel KA, Ornstein RM. Avoidant/restrictive food intake disorder: a new eating disorder diagnosis in the diagnostic and statistical manual 5. *Curr Opin Pediatr*. 2017;29(4):407-13.
- Lucarelli L, Sechi C, Cimino S, Chatoor I. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: A Longitudinal Study of Malnutrition and Psychopathological Risk Factors From 2 to 11 Years of Age. *Front Psychol*. 2018;9:1608. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01608. PMID: 30233458; PMCID: PMC6127741.
- Carruth BR, Ziegler P, Gordon A, et al. Prevalence of Picky Eaters among Infants and Toddlers and their Caregiver's Decisions about Offering a Food. *Journal of the American Dietetic Association*. 2004;104(1):57-64.
- Nicklaus S, Monnery-Patris S. Food neophobia in children and its relationships with parental feeding practices. En Steve Reilly: *Food Neophobia. Behavioral and Biological Influences*. Woodhead Publishing. 2018;329-45.
- Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe R, et al. Feeding and eating disorders in childhood. *International Journal of Eating Disorders*. 2010;43(2):98-111.
- Gonçalves S, Vieira AI, Machado BC, et al. Avoidant/restrictive food intake disorder symptoms in children: Associations with child and family variables. *Children's Health Care*. 2018;1-13.
- Jansen PW, Roza SJ, Jaddoe VW, et al. Children's eating behavior, feeding practices of parents and weight problems in early childhood: results from the population-based Generation R Study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2012;9:130.
- Kröller K, Jahnke D, Warschburger P. Are maternal weight, eating and feeding practices associated with emotional eating in childhood? *Appetite*. 2013;65:25-30.
- Rogers S, Ramsay M, Blissett J. The Montreal Children's Hospital Feeding Scale: Relationships with parental report of child eating behaviours and observed feeding interactions. *Appetite*. 2018;125:201-9.
- Jansen P, De Barse L, Jaddoe V, et al. Bi-directional associations between child fussy eating and parents' pressure to eat: Who influences whom? *Physiol Behav*. 2017;176:101-6.

21. Fries LR, Martin N, Van der Horst K. Parent-child mealtime interactions associated with toddlers' refusals of novel and familiar foods. *Physiology Behaviors*. 2017;176:93-100.
22. Harris HA, Fildes A, Mallan KM, et al. Maternal feeding practices and fussy eating in toddlerhood: A discordant twin analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2016;13(1):81.
23. Demir D, Skouteris H, Dell'Aquila D, et al. An observational approach to testing bi-directional parent-child interactions as influential to child eating and weight. *Early Child Development and Care*, Special Issue on Parental Influences of Childhood Obesity. 2012;182(8):943-50.
24. Wardle J, Guthrie CA, Sanderson S, et al. Development of the children's eating behaviour questionnaire. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2001;42(7):963-70.
25. Vázquez LA, González L, Hattoti-Hara M, et al. Traducción y Validación del Children's Eating Behavior Questionnaire (CEBQ). *Ciencia y Humanismo en la Salud*. 2020;7(1):1-9.
26. Birch LL, Fisher JO, Grimm-Thomas K, et al. Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite*. 2001;36(3):201-10.
27. Navarro G, Reyes I. Validación Psicométrica de la Adaptación Mexicana del Child Feeding Questionnaire. *Acta de Investigación Psicológica*. 2016;6(1):2337-49.
28. Organización Mundial de la Salud (OMS) Patrones de crecimiento de lactantes, niños y niñas menores de 5 años (2006). Disponible en: <http://www.who.int/childgrowth/standards/es/>
29. Organización Mundial de la Salud (OMS) Patrones de crecimiento de escolares y adolescentes entre 5 años 1 mes y 19 años 2007. Disponible en: <http://www.who.int/growthref/en/>
30. Ministerio de Salud de Chile. <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/03/2018.03.16-Patrones-de-crecimiento-para-la-evaluaci%C3%B3n-nutricional-de-ni%C3%B1os-ni%C3%B1as-y-adolescentes-2018.pdf>
31. Adimark. Mapa socioeconómico de Chile. 2004. Disponible en: http://www.adimark.cl/medios/estudios/informe_mapa_socioeconomico_de_chile.pdf
32. Chakravarti L, Roy J. *Handbook of Methods of Applied Statistics*. John Wiley and Sons. 1962;1:392-4.
33. Rolls BJ, Rolls ET, Rowe EA, et al. Sensory specific satiety in man. *Physiology & Behavior*. 1981;27(1):137-42.
34. Blissett J, Haycraft E, Farrow C. Inducing preschool children's emotional eating: relations with parental feeding practices. *Am J Clin Nutr*. 2010;92:359-65.
35. Powell EM, Frankel LA, Umemura T, et al. The relationship between adult attachment orientation and child self-regulation in eating: The mediating role of persuasive-controlling feeding practices. *Eating Behaviors*. 2017;121-8.
36. Zimmerman L, Fisher M. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2017;46:95-103.
37. Milano K, Chatoor I, Kerzner B. A Functional Approach to Feeding Difficulties in Children. *Curr Gastroenterol Rep*. 2019;21(10):51.
38. Renzaho A, Dau A, Cyril S, et al. The influence of family functioning on the consumption of unhealthy foods and beverages among 1- to 12-y-old children in Victoria, Australia. *Nutrition*. 2014;30(9):1028-33.
39. Corsini N, Kettler L, Danthiir V, et al. Parental feeding practices to manage snack food intake: Associations with energy intake regulation in young children. *Appetite*. 2018;123:233-40.
40. Taylor CM, Wernimont SM, Northstone K, et al. Picky/fussy eating in children: review of definitions, assessment, prevalence and dietary intakes. *Appetite*. 2015;95:349-59.