



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES**

CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

TESIS

**PRÁCTICAS PARENTALES ALIMENTARIAS Y REGULACIÓN
ALIMENTARIA INFANTIL**

PRESENTA

Lic. Cynthia Nayeli Esqueda Sifuentes

**PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRA EN INVESTIGACIÓN EN
PSICOLOGÍA**

TUTORA

Dra. Ma. de los Ángeles Vacío Muro

CO-TUTORA

Dra. Marina Liliana González Torres

COMITÉ TUTORAL

Dr. Hugo Eduardo Reyes Huerta

Dra. Ara Varsovia Hernández Eslava

Aguascalientes, Ags. 30 de noviembre de 2018.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

MTRA. MARÍA ZAPOPAN TEJEDA CALDERA
DECANA DEL CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
P R E S E N T E

Por medio del presente como comité tutorial designado de la estudiante **CYNTHIA NAYELI ESQUEDA SIFUENTES** con ID 129959, quien realizó la tesis titulada: **PRÁCTICAS PARENTALES ALIMENTARIAS Y REGULACIÓN ALIMENTARIA INFANTIL** y con fundamento en el Artículo 175, Apartado II del Reglamento General de Docencia, nos permitimos emitir el **VOTO APROBATORIO** para que ella pueda proceder a imprimirla y así continuar con el procedimiento administrativo para la obtención del grado.

Pongo lo anterior a su digna consideración y sin otro particular por el momento, me permito enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE

"Se Lumen Proferre"

Aguascalientes, Ags., a 22 de noviembre de 2018.

Tutor de Tesis

Dra. Ma. de los Ángeles Vacío Muro

Co-Tutor de Tesis

Dra. Marina Liliana González Torres

Lector Interno

Dr. Hugo Eduardo Reyes Huerta

Lector Externo

Dra. Ara Varsovia Hernández Eslava

c.c.p.- Interesado

c.c.p.- Secretaría Técnica del Programa de Posgrado de la Maestría en Investigación en Psicología 23 NOV 2018

AZUCENA
LIRA



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES
Y HUMANIDADES

Asunto: Conclusión de Tesis
DEC. CCS Y H OF. N° 0912

DRA. EN ADMÓN. MARÍA DEL CARMEN MARTÍNEZ SERNA
DIRECTORA GENERAL DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
P R E S E N T E.

Por este conducto le informo que el documento final de Tesis/Trabajo Práctico Titulado: **“PRÁCTICAS PARENTALES ALIMENTARIAS Y REGULACIÓN ALIMENTARIA INFANTIL”**, presentado por la sustentante **CYNTHIA NAYELI ESQUEDA SIFUENTES** con ID. 129959, egresada de la **MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA**, cumple las normas y lineamientos establecidos institucionalmente para presentar el examen de grado.

Sin más por el momento, aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E
“SE LUMEN PROFERRE”

Aguascalientes, Ags., 22 de Noviembre del 2018.

MTRA. MARÍA ZAPOPAN TEJEDA CALDERA
DECANA

c.c.p. Dr. Francisco Javier Pedroza Cabrera. Secretario de Investigación y Posgrado del CCS y H.
c.c.p. Dr. Pedro Palacios Salas. Secretario Técnico del Posgrado
c.c.p. Mtra. Imelda Jiménez García. Jefa del Depto. De Control Escolar
c.c.p. Lic. Cynthia Nayeli Esqueda Sifuentes. Egresada de la Maestría en Investigación en Psicología
c.c.p. Archivo

Agradecimientos

La realización de este trabajo fue posible gracias al apoyo otorgado tanto por las instituciones como por las personas que colaboraron y participaron en este proyecto. Agradezco en primer lugar al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) por la beca otorgada que me permitió continuar con mis estudios y crecimiento profesional. De igual manera a la Universidad Autónoma de Aguascalientes por el subsidio otorgado para el pago del posgrado.

Quiero hacer un reconocimiento especial a mi tutora y co-tutora la Dra. Ma. de los Ángeles Vacío Muro y la Dra. Marina Liliana González Torres respectivamente, por la asesoría continúa en mi trabajo y ser una guía para mejorar profesionalmente.

También agradezco al Dr. Hugo Eduardo Reyes Huerta y a la Dra. Ara Varsovia Hernández Eslava, integrantes de mi comité tutorial, por sus valiosas aportaciones a este trabajo.

De manera particular quiero agradecer a la Dra. Varsovia por su cordial y afectuoso recibimiento durante mi estancia en el Centro de Estudios e investigaciones en Conocimiento y Aprendizaje Humano (CEICAH). Por su apoyo, tiempo y dedicación a mi formación profesional.

Agradezco a los cuidadores y niños que participaron en la realización de este trabajo, permitiéndome entrar a sus hogares y grabar un momento íntimo de su vida cotidiana.

Finalmente, y no menos importante agradezco a mi compañera y amiga Mayra Goretti Medina Sifuentes por el apoyo académico, profesional y personal que me brindó de manera incondicional durante todo el transcurso de la maestría. Gracias a Dianita, Gina, Ceci, Andi y Juanfra por ser compañeros y amigos en esta aventura de crecimiento personal y profesional. También le doy las gracias César por la última revisión de este trabajo y ayudar a poner el punto final.

Dedico este trabajo a Maligoto.

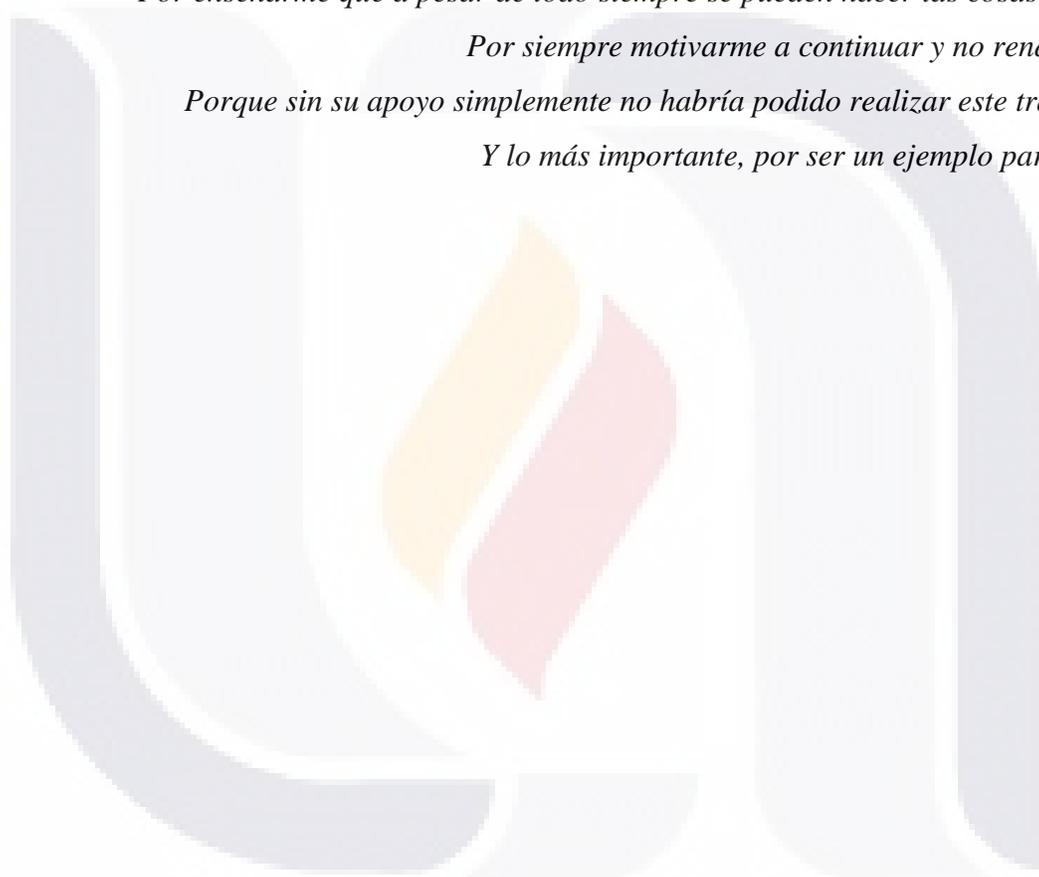
Por sembrar en mi la curiosidad, las ganas de crecer y ser mejor.

Por enseñarme que a pesar de todo siempre se pueden hacer las cosas bien.

Por siempre motivarme a continuar y no rendirme

Porque sin su apoyo simplemente no habría podido realizar este trabajo

Y lo más importante, por ser un ejemplo para mí.



Índice general

	Pág.
Introducción	3
Capítulo I. Revisión conceptual y metodológica de la regulación alimentaria.....	7
Capítulo II. Revisión conceptual y metodológica de las prácticas parentales alimentarias.	14
2.1 Restricción.....	15
2.2 Presión para comer.....	17
2.3 Uso instrumental de los alimentos.	19
Capítulo III. Relación entre las prácticas parentales alimentarias y la regulación alimentaria de los niños.....	24
3.1 Restricción.....	24
3.2 Presión para comer.....	28
3.3 Uso instrumental de los alimentos.	31
Capítulo IV Marco teórico	35
4.1 Planteamiento del problema.....	37
Capítulo V Método.....	40
5.1 Objetivo general.....	40
5.2 Objetivos particulares.....	40
5.3 Participantes.....	40
5.4 Materiales e instrumentos	40
5.5 Procedimiento	41
5.6 Análisis de datos.	43
Capítulo VI Resultados	45
6.1 Descripción de la muestra.....	45
6.3 Conductas de los niños en los momentos de alimentación.	46
6.4 Probabilidades condicionales entre las conductas de los cuidadores y la ingesta alimentaria de los niños.....	47
6.5 Secuencias conductuales de cada diada.	50
6.6 Disposición e ingesta de alimentos.	56
Capítulo VII Discusión	61

Conclusión.....	72
Referencias.....	75
Anexo A.....	83
Anexo B.....	96



Índice de tablas

	Pág.
Tabla 1. Frecuencias absolutas de las conductas observadas en los cuidadores por categoría conductual.....	46
Tabla 2. Frecuencias absolutas de las conductas observadas en los niños por categoría conductual.....	47
Tabla 3. Probabilidades condicionales iguales o >0.5 de que las conductas de los cuidadores ocurran antes o después de la conducta del niño de “toma bocado”	48
Tabla 4. Secuencias conductuales de la diada 1.....	51
Tabla 5. Secuencias conductuales de la diada 2.....	51
Tabla 6. Secuencias conductuales de la diada 3	51
Tabla 7. Secuencias conductuales de la diada 4.....	52
Tabla 8. Secuencias conductuales de la diada 5.....	52
Tabla 9. Secuencias conductuales de la diada 6.....	53
Tabla 10. Secuencias conductuales de la diada 7.....	53
Tabla 11. Secuencias conductuales de la diada 8.....	54
Tabla 12. Secuencias conductuales de la diada 9.....	54
Tabla 13. Secuencias conductuales de la diada 10.....	55
Tabla 14. Frecuencia de días en que se dispusieron los distintos grupos de alimentos	56
Tabla 15. Combinaciones de los tipos de alimentos que los cuidadores dispusieron a los niños.....	57
Tabla 16. % de la IRD en kcal para la comida observada y proporción consumida de lo servido.....	58
Tabla 17. % de IRD consumido por los niños por grupo de alimento.....	59

Resumen

Los incrementos en las problemáticas asociadas con la nutrición infantil como el sobrepeso u obesidad han ido en aumento cada vez más en los últimos años. La alimentación de los niños depende principalmente de los padres o cuidadores y todas aquellas acciones que realizan para influir en la conducta alimentaria de los niños han sido denominadas prácticas parentales alimentarias. Las relaciones entre estas prácticas y la conducta alimentaria infantil no están del todo claras. Esto parece estar relacionado con la falta de consenso en el uso de conceptos para referirse a las prácticas, la ambigüedad en sus definiciones, la carencia de operacionalización y la diversidad metodológica para estudiarlas. El objetivo de este trabajo fue describir el patrón de ingesta y la calidad de la dieta de los niños en función de las conductas emitidas por los cuidadores. Participaron diez diadas cuidador-niño que fueron video-grabadas en cinco ocasiones durante su comida principal en sus hogares. Se realizaron registros observacionales de las conductas del cuidador y el niño y se obtuvieron secuencias conductuales a través de probabilidades condicionales. Se registraron y analizaron datos relacionados con la alimentación de los niños. Se encontró que la conducta *toma bocado* de los niños apareció junto con una mayor cantidad de conductas de los cuidadores, de las cuales *come junto con el niño, indica como alimentarse, da alimento e indica qué comer* fueron las más constantes al presentarse en más del 50% de las diadas. La ingesta de ocho niños estuvo por debajo de ingesta recomendada y la mayoría de las dietas ofrecidas fueron desequilibradas. Analizar secuencias conductuales a permitiría establecer relaciones funcionales entre las conductas de los cuidadores y la alimentación de los niños. Además, dichas relaciones pueden operacionalizar las prácticas parentales alimentarias.

Palabras clave: conducta alimentaria infantil, secuencias conductuales, conducta del cuidador, alimentación infantil.

Abstract

Increases in the problems associated with infant nutrition such as overweight or obesity have been increasing more and more in recent years. The feeding of the children depends mainly on the parents or caregivers and all those actions that they carry out to influence the children's eating behavior have been called parental food practices. The relationships between these practices and infant feeding behavior are not entirely clear. This seems to be related to the lack of consensus in the use of concepts to refer to the practices, the ambiguity in their definitions, the lack of operationalization and the methodological diversity to study them. The objective of this work was to describe the pattern of intake and the quality of children's diet according to the behaviors issued by the caregivers. Ten caregiver-child dyads participated, which were videotaped five times during the main meal in their homes. Observers recorders-behaviors of caregivers and children and obtained behavioral sequences through conditional probabilities. Data related to children's feeding was recorded and analyzed. It was found that the behavior takes children's bite appeared along with a higher number of behaviors of caregivers, which eat together with the child, indicates how to feed, gives food and indicates that eating was the most constant aspect when presented in more than 50% of the dyads. The intake of eight children was below recommended intake and most of the diets offered were unbalanced. Analyzing behavioral sequences would allow to establish functional relationships between the behaviors of the caregivers and the feeding of the children. In addition, these relationships can operationalize the parental food practices.

Keywords: infant feeding behavior, behavioral sequences, caregiver behavior, infant feeding.

Introducción

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de medio camino 2016 se dio a conocer que la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años fue de 33.2% (17.9% sobrepeso y 15.3% obesidad). Aunque existe una disminución en relación con lo reportado en la ENSANUT 2012 en la que la prevalencia fue de 34.4% (19.8% sobrepeso y 14.6% obesidad), las cifras continúan siendo elevadas. Aunado a esto, en la ENSANUT 2012 también se reportaron datos relacionados con la desnutrición infantil, en la que la prevalencia de bajo peso, baja talla y emaciación (desnutrición aguda) en niños menores de 5 años fue de 2.8%, 13.6% y 1.6% respectivamente. Por su parte, la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015 (ENIM) del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) reportó que uno de cada 8 niños menores de 5 años tiene baja talla moderada, uno de cada 40 baja talla severa y uno de cada 20 es obeso o pesa demasiado para su talla de acuerdo con los estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En conjunto, estos datos muestran un panorama desalentador respecto al estado nutricional de los niños mexicanos, ya que representan un porcentaje importante de la población infantil con problemáticas asociadas a la nutrición.

Alcanzar y mantener un estado nutricional adecuado depende en gran medida de la ingesta alimentaria, ya que a través de ella se obtiene la energía y nutrientes que requiere el organismo para vivir. Al respecto, en uno de los apartados de la ENSANUT de medio camino 2016 se dio a conocer información relacionada con la diversidad dietética de los niños de 5 a 11 años de edad donde se reportó que a nivel nacional la media de consumo de los grupos de alimentos recomendables fue de 3.7 grupos de un total de siete. El 50% de los encuestados dijeron consumir frutas y huevo, poco más del 20% verduras, más del 60% leguminosas, agua y lácteos y más del 40% carnes no procesadas. Por otro lado, la media de consumo de los grupos de alimentos no recomendables para su consumo cotidiano fue 2.8 grupos de un total de cinco, en donde los porcentajes más elevados de consumidores fueron respecto a botanas, dulces y postres 61.9%, cereales dulces 53.4%, bebidas no lácteas endulzadas 81.5% y bebidas lácteas endulzadas 40.4%.

En las conclusiones de la ENSANUT de medio camino 2016 se reconoce que el análisis descriptivo empleado, tiene algunas limitaciones, entre ellas, presentar solo las medias de consumo por grupos de alimentos y no la clasificación de todos los alimentos reportados. Aun así, dicho ordenamiento de los datos permite identificar la diversidad alimentaria de los niños encuestados, la cual parece indicar que la mayor parte de la energía que consumen está siendo obtenida de los grupos de alimentos que no son recomendables para su consumo cotidiano, lo que puede traer consigo consecuencias negativas sobre su estado nutricional.

La alimentación de los niños depende prioritariamente de los padres o cuidadores desde el nacimiento y durante las primeras etapas de la infancia, ya que son ellos quienes proporcionan los alimentos y se encargan de promover su ingesta (Castrillón & Giraldo, 2015). Para ello, hacen uso de las practicas parentales alimentarias las cuales han sido definidas como todas aquellas conductas o acciones que realizan los padres con el propósito de influir en la conducta alimentaria de sus hijos (Vaughn et al., 2016). Entendiendo la conducta alimentaria como a todos aquéllos comportamientos relacionados con los hábitos de alimentación, la selección de alimentos, las cantidades ingeridas y las formas de preparación de los alimentos (Osorio, Weisstaub & Castillo, 2002). Se ha señalado que en gran parte el aprendizaje de los niños en torno a la alimentación depende de las prácticas que estos utilizan, las cuales pueden favorecer una adecuada o inadecuada autorregulación en los niños (Saavedra & Dattilo, 2012).

Se ha distinguido que una adecuada autorregulación alimentaria es aquélla en la que la ingesta inicia y termina en respuesta a las señales internas de hambre y saciedad (Tan y Holub, 2015). Dicha definición sugiere que lo importante es ingerir alimento hasta llegar a un estado de saciedad. Sin embargo, lograr o mantener un adecuado estado nutricional parece ser que no solo implica alcanzar un estado de saciedad, sino que están involucrados otros factores como los contenidos energéticos y nutricionales de los alimentos, que al consumirlos en determinadas cantidades permiten mantener en equilibrio al organismo. Resulta completamente distinto saciarse con un solo grupo de alimentos que saciarse con porciones balanceadas de diferentes grupos alimenticios. Lo cual podría ser la clave para prevenir o revertir los

problemas de desnutrición, sobrepeso u obesidad infantil ya que la ingesta de ciertos tipos de alimentos en determinadas cantidades proporcionaría los nutrientes y energía necesarios para mantener en equilibrio al organismo.

Parece insuficiente atender únicamente a señales internas para mantener una adecuada nutrición. Si bien los cuidadores pueden atender a dichas señales de los niños para guiar su ingesta, lo hacen a partir de la disposición de tipos y cantidades particulares de alimentos. Y a través de su interacción promueven en los niños el aprendizaje sobre cómo alimentarse, qué alimentos seleccionar y en qué cantidades consumirlos, es decir, les enseñan a regularse a partir de elementos que son externos al organismo. Alimentarse, además de implicar aspectos fisiológicos, es un acto de carácter social relacionado con las costumbres y el aprendizaje de conductas asociadas con la alimentación que se van desarrollando y estableciendo con el paso del tiempo (García & de Oca, 2015).

Los patrones alimentarios que aprenden los niños pueden ser tanto favorables como desfavorables respecto a la nutrición (Macías, Gordillo & Camacho, 2012). Por ello, resulta relevante conocer el papel de los padres o cuidadores en torno a dicho aprendizaje, ya que ellos son quienes disponen o dan acceso a determinados alimentos y son los encargados de transmitir las pautas de alimentación, incorporando a los niños a las prácticas alimentarias compartidas en el contexto social de la familia (Osorio et al., 2002).

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana (NOM -043-SSA2-2005) una dieta correcta es aquella que es variada, es decir, que incluye diferentes alimentos de cada grupo en cada comida; suficiente, que cubra las necesidades nutricionales del niño y; equilibrada en cuanto a que las proporciones de los nutrimentos de los alimentos sean las adecuadas. Esta norma propone como criterio general incluir por lo menos tres grupos de alimentos en cada comida, retomando los recomendados en el plato del bien comer: 1) verduras o frutas; 2) cereales o tubérculos y: 3) leguminosas o alimentos de origen animal. La nutrición de un niño cuyo cuidador proporcione una dieta variada, suficiente y equilibrada no será igual a la de un niño que su cuidador solo se ocupe de saciarlo.

Es interés de este trabajo explorar el impacto que tienen los cuidadores en la alimentación de los niños. Por un lado, describir la variedad y cantidad de alimentos que proporcionan a los niños y por otro, describir las conductas que utilizan para alimentarlos. Analizar las secuencias conductuales que mantienen los cuidadores y los niños durante los periodos de alimentación permitiría reconocer cuáles conductas de los cuidadores se relacionan con la forma de alimentarse de los niños y si a través de éstas los cuidadores facilitan que los niños tengan una alimentación saludable. Reconociendo así, que además de los procesos internos relacionados con la alimentación, los factores o señales externas están involucradas con igual o mayor relevancia en la alimentación de los niños.

Capítulo I. Revisión conceptual y metodológica de la regulación alimentaria.

La autorregulación alimentaria ha sido entendida como la capacidad que tienen las personas de ajustar la cantidad de alimentos ingeridos en concordancia con las necesidades fisiológicas del organismo (Schwartz, Scholtens, Lalanne, Weenen & Nicklaus, 2011). Se hace referencia a la sensibilidad de atender las señales internas de hambre y saciedad para determinar el inicio y fin de la ingesta (Tan & Holub, 2015). Esta definición supone que la ingesta alimentaria tiene como objetivo fundamental cubrir las necesidades energéticas, las cuales mantienen los procesos internos de un organismo en adecuado funcionamiento (Anderson, 1997), es decir, la homeostasis (Canon, 1932). En dichos términos, la ingesta de alimento es parte de un mecanismo homeostático y puede responder a procesos fisiológicos de regulación del equilibrio interno.

Dentro de estos procesos fisiológicos se encuentra el ciclo de hambre-saciedad, que está determinado por señales internas. Estas señales están reguladas a nivel del sistema nervioso central, principalmente a través del hipotálamo, donde su núcleo lateral ha sido identificado como el regulador de las sensaciones de hambre y el núcleo ventromedial como el centro de la saciedad (González-Jiménez & Schmidt Río-Valle, 2012). A su vez, existen diversas señales fisiológicas asociadas con el inicio y fin de la alimentación. Los niveles bajos de glucosa en sangre estimulan la zona hipotalámica reguladora del hambre y, por el contrario, los niveles altos estimulan la de la saciedad (González-Jiménez & Schmidt Río-Valle, 2012; López- Espinoza & Martínez, 2002; Meyer, 1955). La termogénesis inducida por la dieta, relacionada con la generación de calor por el trabajo obligado de la ingestión, absorción, transporte y metabolismo de los alimentos consumidos, las señales preabsortivas que aparecen con la presencia de alimentos en el aparato gastrointestinal y las señales postabsortivas presentes tras la absorción de los alimentos digeridos dando lugar a la distribución de los nutrientes, son otras de las señales internas implicadas con el inicio y fin de la alimentación (Anderson, 1997).

Las manifestaciones de dichas señales internas pueden variar de acuerdo con los tipos de alimentos que se consumen, ya que cada uno tiene contenidos nutricionales y energéticos diferentes. Anderson (1997) señaló que la regulación de la ingesta y el

balance de energía del organismo dependen tanto del contenido energético de los alimentos como de la procedencia de dicha energía, es decir, de los macronutrientes que se dividen en grasas, carbohidratos y proteínas. De acuerdo con el autor, los lípidos, provenientes de las grasas, son los que tienen mayor densidad energética; sin embargo, su almacenamiento en el organismo es el que requiere menor gasto de energía, por lo que su efecto de saciedad también es menor en comparación con los carbohidratos. En el caso de los carbohidratos, la producción de saciedad depende de si éstos son de rápida o lenta absorción, ya que los primeros generan menor saciedad. Las proteínas por su parte, no suelen inducir al exceso de ingesta energética debido a que la saciedad que provocan es superior a lo que podría suponerse de acuerdo a su contenido energético. Alcanzar un estado de saciedad puede ser posible tanto a través de la ingesta de un solo tipo de alimento como con la ingesta variada. Sin embargo, esto diferirá según las cantidades y tipos de alimentos que se consuman.

Las personas no siempre son capaces de regular su ingesta considerando los niveles energéticos y nutricionales de los alimentos. Se ha señalado que una persona tiene baja o pobre autorregulación cuando inicia o detiene su ingesta a partir de señales externas, como la disponibilidad de alimentos o la presencia de otras personas (Tan & Holub, 2015). En este sentido, al referirse a señales ajenas al organismo que también pueden influir en la ingesta alimentaria, implica que las señales internas no son las únicas determinantes para iniciar o parar de comer. Reconocer a la autorregulación como proceso biológico es necesario, pero no suficiente para entender y explicar la conducta alimentaria.

La mayoría de las preferencias y hábitos de las personas en torno a la alimentación son aprendidos (Santacoloma & Quiroga, 2009). Las personas pueden ser poco sensibles a las diferencias energéticas de los alimentos probablemente porque ya han aprendido qué alimentos y en qué cantidades deben consumirlos para sentirse satisfechos. De tal manera, que acorde a dicho aprendizaje ocurre la ingesta sin tomar en cuenta el contenido energético y/o nutricional de los alimentos y sin distinguir el tipo de alimento, pues el que sean del mismo grupo alimenticio, no siempre implica que tengan la misma densidad energética (Brunstrom, 2007; Rolls, 2000). Por ejemplo, dos pizzas pueden diferir en cuanto a su contenido energético y nutricional, pero una

persona podría consumir la misma cantidad de cada una, debido a que ya ha aprendido cuanta pizza requiere comer para sentirse satisfecho, a pesar de que realmente podría estar consumiendo mayor cantidad de calorías en una que en otra (Brunstrom, 2007). Este ejemplo representa una regulación alimentaria que está asociada más a un aprendizaje respecto a la cantidad que es apropiada consumir, cantidad en la que se podría cubrir, exceder o bien no satisfacer las necesidades del organismo.

Desde esta perspectiva, el proceso de autorregulación alimentaria resulta insuficiente para explicar las razones por las que las personas eligen determinados tipos de alimentos y los ingieren en ciertas cantidades. Sin embargo, diversos estudios que han analizado la ingesta alimentaria infantil han tomado como variable de estudio a la autorregulación alimentaria. En estos estudios es posible apreciar diferentes formas en que ha sido evaluada, las cuales se revisaran a continuación.

Una de las formas en que se ha evaluado la autorregulación alimentaria en niños ha sido a través de cuestionarios contestados por los padres. Por ejemplo, en un estudio realizado por Tan y Holub (2010) se utilizó una escala especial para evaluar las creencias de los padres respecto a la regulación de sus hijos. Esta escala contaba con 8 ítems de entre los cuales se encuentran “mi hijo deja de comer cuando está lleno”, “si mi hijo está lleno no comería bocadillos”. Otro cuestionario es The Children's Eating Behavior Questionnaire (CEBQ) (Wardle, Guthrie, Sanderson & Rapoport, 2001) que evalúa los estilos de alimentación de los niños. Dentro de algunas de las escalas de este cuestionario se contempla la evaluación de elementos que tienen que ver con la autorregulación alimentaria como: la sensibilidad a la saciedad/lentitud en la alimentación (“mi hijo se llena fácilmente”, “mi hijo tiene un gran apetito”), la respuesta a los alimentos (“si mi hijo tuviera la oportunidad siempre tendría comida en su boca”, “incluso si mi hijo está lleno tiene espacio para comer su comida favorita”), la sobrealimentación emocional (“mi hijo come más cuando está preocupado”) y el disfrute de los alimentos (“mi hijo está interesado en la comida”, “mi hijo ama la comida”). Evaluar la autorregulación a través de este tipo de cuestionarios no permite conocer directamente la conducta alimentaria de los niños, pues solo proveen información respecto a la percepción de los padres sobre cómo se alimentan sus hijos.

Otra forma en que se ha medido la autorregulación alimentaria de los niños es a través del comer en ausencia de hambre. Se entiende por comer en ausencia de hambre la ingesta alimentaria en respuesta a las señales de los alimentos presentes, donde parece haber una incapacidad de los niños para autorregularse, principalmente cuando se trata de alimentos de alta densidad energética (Francis & Birch, 2005; Harris, Mallan, Nambiar & Daniels, 2014). La autorregulación se evalúa entonces, dando de comer a los participantes hasta la saciedad, esta última es evaluada con preguntas directas o con autoreportes. Posteriormente se da acceso libre a alimentos que varían en cuanto a densidad energética y se obtiene el total de energía consumida (Birch, Fisher & Davison, 2003; Fisher & Birch 2002; Harris et al., 2014). Lo que se evalúa es si la sensación de saciedad reportada por los niños es el parámetro para dejar de comer, lo cual indicaría que son autorregulados, caso contrario a continuar comiendo a pesar de estar saciados. Al respecto, la medición de la saciedad que se hace tienen la dificultad de que no es del todo objetiva y se desconoce si la ingesta que hicieron los niños es menor, corresponde o sobrepasa al gasto calórico que tienen en su vida cotidiana, lo cual sería necesario conocer si se quiere hablar del ideal de la autorregulación como proceso interno.

La presencia de señales externas (e.g. la disponibilidad de alimentos) han sido señaladas como una barrera para lograr autorregularse (Tan & Holub, 2015). Sin embargo, aislarse del medio externo que rodea los momentos de alimentación es imposible. Resultaría más viable integrar y analizar las señales externas que se encuentran involucradas en la alimentación permitiría conocer cuál es su papel en la forma en cómo las personas regulan su ingesta y que relación guardan con la aproximación o no de un balance energético y nutricional.

Finalmente, una tercera manera en la que se ha evaluado la autorregulación de los niños es a través de la compensación calórica. Se mide a partir del ajuste calórico que hacen los niños de su patrón de ingesta. Son evaluados en dos ocasiones, la primera se les da una precarga de energía de alta densidad calórica y en la segunda una de baja densidad, posterior a las precargas se les da acceso libre a diversos alimentos y se espera que la primera ocasión haya una menor ingesta y en la segunda una mayor ingesta (Lipps & Deysher, 1986). Esta forma de evaluar la autorregulación alimentaria

ya no está solo centrada en las señales de saciedad que pudieran reportar los sujetos, sino que se atiende a las cantidades y tipos de alimentos que ingieren para ajustarse a las necesidades energéticas y nutricionales que aún son necesarias de cubrir posterior a una ingesta de alta o baja densidad calórica. Sin embargo, se continúa dejando de lado el papel que juegan de las señales externas, ya que los tipos de alimentos a los que se da acceso libre representan en sí mismos este tipo de señales a las que cada sujeto puede responder de manera distinta de acuerdo a las experiencias que haya tenido con tales alimentos. Lo que influirá en la cantidad y elección de tipos de alimento ingeridos y por ende en logro o fracaso del ajuste energético.

Entender y explicar la ingesta alimentaria va más allá de reconocer los procesos fisiológicos que tienen lugar antes, durante y después de ésta. El contacto con la alimentación sucede prácticamente de manera inmediata al nacimiento ya que es una necesidad básica para vivir. Se ha señalado que los bebés poseen de manera innata una capacidad para autorregularse, la cual se ve interferida y afectada por las prácticas de alimentación tempranas (Schwartz et al., 2011). De manera particular se ha distinguido que las prácticas de alimentación materna influyen en la ingesta de los bebés, principalmente cuando los alimentan con biberón en lugar de amamantarlos ya que reducen las oportunidades del niño para controlar su ingesta y pueden favorecer la sobrealimentación (Savage, Fisher & Birch, 2007).

Al respecto Li, Fein, & Grummer-Strawn (2010) realizaron un estudio en el que analizaron si la autorregulación de la ingesta de leche de los niños se veía afectada por el modo en el que eran alimentados y el tipo de leche que se les daba. Participaron 1250 bebés recién nacidos que fueron evaluados a través del envío de cuestionarios mensuales hasta el primer año de vida. Dividieron los datos en el primer y segundo semestre de vida para observar si la forma en como fueron alimentados en el primer semestre afectaba la autorregulación en el segundo. La alimentación durante la primera mitad del año se clasificó como únicamente amamantado, amamantado y biberón o solo con biberón y había cuatro categorías en cómo podían ser alimentado según el tipo de leche: amamantados directamente, leche materna con biberón, leche de formula con biberón y otro tipo de leche con biberón.

Se obtuvo la frecuencia con la que el niño tomaba todo el biberón cuando le era ofrecido durante el segundo semestre de vida. Los bebés que fueron alimentados con biberón durante la primera parte de la infancia tenían mayores probabilidades de vaciar un biberón durante el segundo periodo en comparación con aquellos que solo fueron alimentados con pecho. También se encontró que independientemente del tipo de leche que se dio en el biberón, la alimentación a través de éste afecta la autorregulación de manera distinta a quienes son alimentados con el pecho. Los autores concluyeron que cuando las madres alimentan con biberón podrían estar controlando el volumen de leche consumido por los niños al alentarlos a terminarlo aún si identifican que están llenos.

Birch y Fisher (1998) ya habían señalado que cuando un niño es alimentado con leche materna se tiene la ventaja de que la madre no puede conocer la cantidad de leche que consume el niño, por lo que no puede tener el control total de la ingesta y que por el contrario, cuando se alimenta al niño con biberón, la madre puede ver cuanta leche hay y puede tomar el control del consumo del niño animándolo a terminar el contenido, promoviendo una pobre autorregulación al interferir con sus señales internas de hambre saciedad.

Lo anterior supone que la capacidad de autorregulación no es la única que determina y/o controla la ingesta alimentaria, incluso dicha capacidad puede pasar a un segundo plano cuando es otro, en este caso la madre, quien dirige la alimentación. Siendo así que la ingesta alimentaria puede ser influenciada y/o modificada, incluso superando a las necesidades internas del organismo (Martínez-Moreno, López-Espinoza & Díaz-Reséndiz, 2007). Durante las primeras etapas de la infancia los padres o cuidadores son los encargados de alimentar a los niños y utilizan diferentes prácticas de alimentación por medio de las cuales intentan modificar su conducta alimentaria buscando proporcionarles una adecuada nutrición, dando la cantidad y tipos de alimentos que ellos consideran suficientes y necesarios (Castrillón & Giraldo, 2015). Sin embargo, como ya se ha señalado las consideraciones de los cuidadores para alimentar a los niños no necesariamente son las ideales o adecuadas.

Por medio de la interacción entre los cuidadores y los niños durante los momentos de alimentación los niños van aprendiendo qué, cómo y cuánto comer de

acuerdo a lo que les es señalado por sus cuidadores. En este proceso no se niega la presencia de respuestas fisiológicas relacionadas con la ingesta alimentaria, pero, se considera que el contexto que rodea los momentos de alimentación provee de información adicional al niño para establecer pautas de cómo regular su ingesta.

Por lo tanto, en este trabajo se propone concebir la regulación alimentaria como un proceso que incorpora tanto a las señales ambientales, como al proceso biológico de autorregulación, entendido como la ingesta en respuesta a las señales internas de hambre y saciedad (Tan & Holub, 2015). Siendo así, se habla de una regulación en la que se integran ambos tipos de señales, de tal manera que puedan derivar en una regulación alimentaria que favorezca una alimentación saludable a través de la adquisición de hábitos alimentarios que incluyan dietas correctas de acuerdo con la propuesta de la NOM -043-SSA2-2005. Lo cual se aprende primordialmente a través de estímulos sociales que rodean al niño (Macías et al., 2012), los cuales son dados principalmente por los padres (Osorio et al., 2002).

Capítulo II. Revisión conceptual y metodológica de las prácticas parentales alimentarias.

Las interacciones entre el niño y el cuidador en torno a la alimentación se vuelven cada vez más complejas conforme el niño va creciendo y entra en la etapa de ablactación. Esta etapa se refiere a la entrada gradual de nuevos alimentos que serán complementarios a la dieta del niño, es un proceso que lo ayudará a incorporarse de manera óptima a la alimentación durante la transición de solo consumir leche a consumir alimentos variados (Schwartz et al., 2011). Previo a esto, tanto los cuidadores como los niños solo se encargaban de regular la ingesta de un solo alimento (i.e. la leche). Ya durante la ablactación, donde los niños siguen siendo incapaces de alimentarse totalmente de manera autónoma, los padres o cuidadores comienzan a disponer una mayor variedad de alimentos guiando a los niños respecto a qué, cuánto y cómo comer. Es en este periodo donde empiezan a intervenir un sinnúmero de señales externas en la alimentación de los infantes. Por un lado, las diversas características organolépticas (color, textura, olor, sabor, etc.), nutricionales y energéticas de los alimentos; y por otro, la constante interacción con los cuidadores donde se irán estableciendo formas particulares de relacionarse con los niños en los momentos de alimentación. A partir de las cuales los niños comienzan a adquirir hábitos alimentarios y preferencias alimentarias (Schwartz et al., 2011)

Las formas en cómo los padres intervienen en la alimentación de los niños han sido denominadas como prácticas parentales alimentarias. De acuerdo con Vaughn et al., (2016), dichas prácticas se refieren a todas aquellas conductas o acciones que los padres realizan con el propósito de influir en la conducta alimentaria de sus hijos. Como puede identificarse, la definición puede aplicarse a un sinnúmero de conductas realizadas por los padres. Estos mismos autores se dieron a la tarea de realizar una revisión sobre lo que se ha reportado en la literatura al respecto de estas prácticas, a través de la cual se identificó una falta de consenso respecto al uso de la terminología y poca claridad en sus definiciones, lo cual representa una dificultad para poder entender cómo se relacionan con la conducta alimentaria de los niños. Los autores sugieren que unificar y poner en común dicha terminología y definiciones, facilitaría

y eficientizaría la investigación sobre este tema, por ello propusieron la clasificación de las prácticas como un primer paso.

Vaughn et al., (2016) organizaron la información en tres constructos de orden superior que hacen referencia al propósito de los padres al usar prácticas específicas. Dentro de cada constructo se clasifican subconstructos que hacen referencia a prácticas específicas. A continuación, se describen los constructos y subconstructos de las prácticas parentales alimentarias: (1) *Control coercitivo*, prácticas cuyo propósito es dominar, presionar e imponerse sobre la conducta alimentaria del niño. Los subconstructos que lo conforman incluyen la restricción, presión para comer, amenazas y sobornos, y el uso de los alimentos para el control de emociones negativas; (2) *Estructura*, prácticas que tienen el propósito de organizar el entorno para facilitar el desarrollo de competencias en los niños. Los subconstructos que lo componen son reglas y límites, opciones limitadas o guiadas, monitoreo, rutinas de comida y merienda, el modelado, la disponibilidad y accesibilidad de alimentos y preparación de alimentos; (3) *Apoyo a la autonomía*, prácticas con el propósito impulsar la capacidad del niño para autorregularse en ausencia de los padres, favoreciendo en el niño la apropiación de los comportamientos que el padre le enseña. Los subconstructos son educación nutricional, la participación de los niños, animar, elogiar, el razonamiento y la negociación.

De manera particular aquellas prácticas ubicadas dentro del constructo de Control coercitivo, como lo son la restricción, presión para comer y el uso instrumental de los alimentos han sido ampliamente estudiadas. Sin embargo, es en estos estudios donde se han detectado la mayoría de las inconsistencias respecto al uso de conceptos y definiciones, además de aparentes contradicciones en las relaciones que reportan entre estas prácticas y la conducta alimentaria infantil (Castrillón & Giraldo, 2014; González- Torres, Esqueda & Vacío-Muro, 2018). Por lo que a continuación se abordan dichas discrepancias.

2.1 Restricción

La restricción es una de las prácticas parentales alimentarias que más ha sido evaluada y estudiada. Una de las definiciones para esta práctica es la propuesta realizada por Vaughn et al., (2016) quienes la describen como la limitación que hacen

los padres de manera estricta respecto al acceso o las oportunidades de consumir determinados alimentos, generalmente aquellos considerados como poco saludables (e.g. con alto contenido graso o energético). Algunos estudios, como el de Fisher y Birch (2002) o el de Jansen, Mulkens y Jansen (2007) utilizaron The Child Feeding Questionnaire (CFQ) (Birch et al., 2001) que evalúa el alcance que tienen los padres de restringir el acceso a alimentos y se evalúa con ítems como “tengo que estar seguro de que mi hijo no come demasiados alimentos altos en grasa”, “si no guio o regulo la alimentación de mi hijo, podría comer muchos alimentos chatarra”. Con estos reactivos lo que se evalúa son las creencias de los padres sobre como alimentan a sus hijos, mas no concretamente si restringen el acceso a ciertos alimentos. En otra investigación se define a la restricción en términos de limitar el acceso físico a determinados alimentos (Fisher & Birch, 1999). Gubbels et al. (2009) evaluaron la restricción con la siguiente pregunta: “¿existen alimentos específicos que no permite que su hijo coma o beba” si/no, ¿cuáles de estos?: dulces, galletas, pasteles, refrescos, papas fritas y azúcar. En este estudio la restricción supone prohibir a los niños consumir alimentos específicos que son de alto contenido energético.

Si bien las definiciones de la práctica de restricción que se proponen en cada trabajo coinciden en algunas características como lo es el tipo de alimento que se restringe, el de alto contenido energético, difieren en elementos que son relevantes. Por ejemplo, mientras en una de las definiciones hace referencia a limitar el acceso a las oportunidades de consumo, otra propone prohibir el consumo de ciertos alimentos particulares. Limitar y prohibir son descriptores que implican acciones distintas. Vaughn et al. (2016) propusieron algunas distinciones que consideraron necesarias para esta práctica, diferenciando dos tipos de restricción: a) *Restringir de manera directa y abierta un alimento*. Este tipo de restricción implica no permitir al niño hacer elecciones, donde incluso los padres pueden usar mandatos o amenazas que involucran castigos y; b) *Restringir de manera indirecta y no coercitiva*. Es un tipo de restricción más sutil, pues los padres pueden no llevar cierto tipo de alimentos a casa y de esta manera controlar la disponibilidad. También se pueden limitar las opciones de alimento a las que puede acceder el niño y/o razonar junto con él para controlar su ingesta. Las implicaciones que tiene cada tipo de restricción, tanto en su definición

como en las acciones que las caracterizan, permiten cuestionar si es necesariamente coercitiva o si la segunda podría nombrarse de otra manera.

Como ya se ha señalado, el uso de esta práctica se ha asociado particularmente con los alimentos que son de alta densidad energética, lo cual es un elemento importante en la definición de la restricción. Generalmente, los tipos de alimentos que se restringen son palatables y altos en grasa y/o azúcar y suelen ser reconocidos como “poco saludables”, son alimentos que los padres preferirían que sus hijos consumieran en pequeñas cantidades y de manera ocasional (Birch & Fisher, 1998). La forma concreta en cómo se realiza una restricción de estos alimentos, puede ser la clave sobre lo que un niño puede aprender respecto a su ingesta; por ejemplo, no sería lo mismo restringir poniendo un cierto límite en el cual se permita que el niño coma una determinada cantidad de algún alimento a una prohibición total en la que al niño no se le permite comer del alimento “malo”. Las distinciones y elementos relacionados a la práctica de restricción que han sido mostrados, son necesarios de analizar para esclarecer lo que se entiende por dicha práctica y lograr consensuar su definición. Una caracterización conductual de la práctica favorecería su entendimiento

2.2 Presión para comer.

La presión para comer es otra de las prácticas parentales alimentarias que parece tener dificultades similares a las detectadas en la práctica de restricción. Vaughn et al. (2016) definen la presión para comer como la insistencia, exigencia e incluso lucha física con el niño para que ingiera mayor cantidad de alimento, obligándolo a comer aun si dice no tener hambre. Por su parte, Galloway, Fiorito, Francis y Birch (2006) evaluaron la presión para comer a través del CFQ (Birch et al., 2001), cuestionario que valora la tendencia de los padres a presionar a sus hijos para que coman alimentos, utiliza ítems como “mi hijo siempre come toda la comida de su plato”, “si mi hijo dice que no tiene hambre, yo intento hacer que coma de cualquier forma”. En cambio, en otro estudio la presión para comer fue definida como el tono brusco, grosero o intimidante por parte del cuidador donde éste insiste, demanda, reprende, amenaza o le grita al niño para lograr que coma (Orrell-Valente et al., 2007).

Las diferencias conceptuales en las definiciones antes descritas se pueden apreciar claramente. Por un lado, en la primera se habla sobre una insistencia,

exigencia o lucha física con los niños para obligarlos a comer. En la segunda solamente se hace referencia a lograr que los niños consuman alimentos, pero sin decir claramente cómo se hace esto, mientras que la última definición describe que la presión para comer se da a través del tono de voz y/o recursos verbales. Cada una de estas definiciones puede implicar acciones distintas. Al igual que en la práctica de restricción, existe una falta de consenso en la definición y las conductas que caracterizan esta práctica, lo que su vez representa una dificultad para poder establecer relaciones claras con la conducta alimentaria de los niños.

Adicionalmente, se ha señalado que la presión para comer no siempre ni necesariamente es coercitiva. Además de un tipo de presión en la que los padres son excesivamente demandantes y poco sensibles a las necesidades de sus hijos, se propone otro tipo de presión en la que se utilizan estrategias que estimulan y sugieren a los niños cómo alimentarse. Esta última adquiere una connotación más positiva en el modo de aplicarse buscando reciprocidad entre los objetivos de alimentación que tiene el padre y su capacidad de respuesta ante las necesidades del niño (Lumeng et al., 2012; Vaughn et al., 2016). En este último sentido, la práctica de presión para comer no podría ser catalogada como negativa, incluso podría cuestionarse si el uso del concepto “presión” sería el adecuado, ya que una práctica con estas características podría ubicarse dentro del constructo de apoyo a la autonomía propuesto por Vaughn et al. (2016). De hecho, en dicho constructo se describe una práctica denominada *animar* que comparte características con este “segundo tipo de presión”, pues se refiere precisamente a la forma en que los padres tratan de influenciar o persuadir de manera positiva y solidaria a sus hijos para que consuman alimentos saludables por encima de los no saludables.

La presión para comer que no se rige bajo un control coercitivo, estaría favoreciendo que el niño aprenda a regular su ingesta a través de una guía hecha por los padres en la que se favorezca la selección e ingesta de aquellos alimentos con mayor contenido nutricional (saludables) sobre aquellos de alto contenido energético (poco saludables). Sin embargo, resulta difícil asumir que los padres siempre tienen el propósito de que los niños tengan una alimentación balanceada, sino que también pueden buscar únicamente que el niño consuma alimento, independientemente del tipo

o la cantidad. Dicho propósito sugiere otra distinción que se ha señalado como necesaria para esta práctica. Por un lado, una presión que hace referencia a comer mayor cantidad de alimentos saludables y por otro, una presión respecto comer mayor cantidad de alimentos en general (Zeinstra, Koelen, Kok, Van der Laan & de Graaf, 2010).

Las distinciones señaladas hasta ahora en torno a la presión para comer permiten entender más ampliamente a qué se puede estar refiriendo esta práctica y las diferentes formas en cómo puede ser entendida. Sin embargo, continúa sin ser claro cuáles son las conductas concretas que caracterizan cada una de estas formas de presionar. Identificar, diferenciar y reconocer las conductas que las definen permitiría precisar conceptualmente los tipos de presión, incluso delimitar si el uso de la terminología es el adecuado. Finalmente, se favorecería el estudio respecto la relación que guardan el uso de estas prácticas con la alimentación de los niños.

2.3 Uso instrumental de los alimentos.

Una tercera práctica parental alimentaria en la que también parece haber dificultades para unificar su definición, es la que se refiere al uso instrumental de alimentos. Vaughn et al. (2016) incluyen en su clasificación el uso de amenazas y sobornos basados en alimentos para que el niño coma o se comporte de determinada manera, o bien, el uso de incentivos no alimentarios para lograr que el niño coma. En un estudio realizado por Kiefner-Burmeister, Hoffmann, Meers, Koball, y Musher-Eizenman. (2014) se utilizó The Comprehensive Feeding Practices Questionnaire (CFPQ) (Musher-Eizenman & Holub, 2007) para evaluar el uso de alimento como recompensa. En dicho cuestionario se explora si los padres usan la comida para recompensar el comportamiento del niño y se incluyen ítems como “ofrezco dulces, caramelos, pasteles, galletas o helados a mi hijo como recompensa de su buen comportamiento”, “retengo dulces/postre a mi hijo por su mal comportamiento”, “ofrezco a mi hijo sus comidas favoritas a cambio de un buen comportamiento”. Estos ítems evalúan formas diferentes de hacer uso instrumental de los alimentos, las cuales implican conductas distintas. Según sea aplicada esta práctica se pueden tener efectos distintos sobre la conducta alimentaria de los niños.

Wardle, Sanderson, Guthrie, Rapoport y Plomin (2002) desarrollaron su propio cuestionario para evaluar el uso instrumental de los alimentos. Dicho cuestionario estaba compuesto por cuatro escalas: la alimentación emocional, los estímulos que alientan a comer, el control de la alimentación y la alimentación instrumental, un ejemplo de ítem de esta última escala es “recompensa a mi hijo con algo de comer cuando se porta bien”. Por su parte, Blissett, Bennett, Donohoe, Rogers y Higgs (2012) evaluaron los tipos de estrategias que usan los padres para lograr que sus hijos consuman una nueva fruta dándose a la tarea de describir dichas estrategias. A una de ellas la denominaron recompensa y/o negociación, la cual detallaron como aquellos comentarios hechos por los padres que subrayan compensaciones o castigos si el niño aprueba o rechaza un alimento.

Finalmente, otro estudio en el que se encontró distinto uso de terminología y variación en la definición de esta práctica fue el realizado por Lu, Xiong, Arora, y Dubé (2015). Los autores llamaron reglas de control a aquellas prácticas parentales en las que se usan alimentos altos en grasa o azúcar como reforzador instrumental para que los niños modifiquen comportamientos que no precisamente tienen que ver con su alimentación. Dichas reglas de control se evaluaron mediante una subescala de la escala de reglas alimentarias (Puhl & Schwartz, 2003), en la que se pregunta con qué frecuencia los padres usan comida como reforzador para alentar el comportamiento de los niños, esta subescala cuenta con ítems como “tú (el niño) recibiste alimento como recompensa por un buen comportamiento”. Si bien las definiciones del uso instrumental de los alimentos antes mencionadas coinciden en algunas características, es claro que no hacen referencia exactamente a lo mismo.

Al respecto, Vaughn et al. (2016) señalaron que los alimentos pueden ser utilizados como una amenaza o un soborno. Sin embargo, los autores se percataron de que ambas prácticas han sido catalogadas como “recompensas”, término que también se ha usado para referirse a los intentos de los padres para controlar la conducta alimentaria de sus hijos con incentivos que no son alimentos. Otras definiciones sobre esta estrategia hacen alusión a la retención de privilegios si el niño no come que no necesariamente son alimentos; por ejemplo, juegos (Ainuki & Akamatsu, 2013). En el estudio realizado por Orrell-Valente et al. (2007) se reconocieron y describieron

distintas estrategias utilizadas por los padres para alimentar a sus hijos, entre las cuales identificaron cuatro estrategias que bien podrían hacer alusión a distintas formas de uso instrumental de alimentos, que describieron de la siguiente manera: 1) recompensa de alimento, usar la comida como recompensa, soborno o negociación para hacer que el niño coma (“si comes tres bocados más de carne podrás tomar una paleta”); 2) amenaza de retener alimentos, amenazar con retener un alimento deseado por el niño si no come (“¡si no te terminas tus chicharos, no hay brownie!”); 3) amenaza de retener privilegios de juego, amenazar con retener un objeto o actividad no alimentaria deseada por el niño si no come (“no comes, no puedes montar tu bicicleta”) y; 4) oferta de juegos como recompensa, uso de objetos o actividades no alimentarios como recompensa, soborno o trato para que el niño coma (“si comes tu ensalada puedes salir a jugar con Sally”).

De acuerdo con lo anterior, el incentivo que es utilizado para definir y aplicar esta práctica es un elemento relevante en las diferencias conceptuales que han sido identificadas. Por un lado, pueden usarse ciertos tipos de alimentos, por lo general aquellos altos en grasa o azúcar, o bien, pueden usarse otro tipo de incentivos como objetos, juegos o actividades para lograr que el niño coma, también pueden usarse alimentos para modificar comportamientos del niño que no necesariamente están relacionados con la alimentación. Aunque es cierto que todas las definiciones posibles de esta práctica son plausibles, la dificultad se encuentra en que al estudiar el uso instrumental de los alimentos, cada estudio puede estar evaluando cosas distintas, por la forma en como estén concibiendo la práctica, lo cual puede tener como resultado diferentes conductas alimentarias en los niños, incluso contradictorias. Sin embargo, puede deberse a que se han reportado relaciones con prácticas distintas o tipos distintos del uso instrumental de los alimentos.

Recompensar, castigar, retener, sobornar, amenazar, controlar y negociar son acciones que están vinculadas con conductas tanto físicas como verbales que pueden diferir claramente entre ellas. Tal caracterización conductual no es del todo clara en las definiciones antes mencionadas. Por lo tanto, describir la práctica con cualquiera de estos términos implica definiciones distintas y la caracterización conductual que pudiera hacerse a partir de ellas, seguramente también diferiría. Todos estos

señalamientos dificultan la posibilidad de comparar los hallazgos de las investigaciones, ya que cada una define y evalúa de manera distinta el uso instrumental de los alimentos.

Con lo revisado hasta este punto en torno a las definiciones de las prácticas parentales alimentarias se pueden observar dos claras distinciones. Por un lado, se identificó que la mayoría de los estudios evaluaron dichas prácticas a través de cuestionarios, en los cuales las definiciones ya estaban planteadas a priori (Fisher & Birch, 2002; Galloway et al., 2006; Gubbels et al., 2009; Jansen et al., 2007). Mientras que aquellos estudios en los que las definiciones fueron propuestas por los autores, éstas eran descritas a posteriori, es decir, después de lo observado (Blissett et al. 2012; Orrell-Valente et al., 2007). Lo anterior supone una flexibilidad en la definición de las prácticas, reconociendo que pueden ser entendidas de diversas maneras. Sin embargo, utilizar la misma terminología para referirse a prácticas que conceptual y funcionalmente son distintas puede traducirse en una serie de confusiones al momento de estudiarlas, ya que dos investigaciones podrían estar refiriendo que analizan una misma práctica cuando realmente cada una puede estar evaluando cosas totalmente distintas.

Además de la falta de consenso en la definición de las prácticas parentales alimentarias, la gran mayoría denota una ausencia de caracterizaciones conductuales concretas. Conocer que es lo que hacen los cuidadores, conductualmente hablando, para interactuar con los niños en los momentos o situaciones que involucran la alimentación podría ser un paso previo para realizar una clasificación de prácticas parentales alimentarias particulares. Esto podría favorecer la delimitación conceptual de las prácticas facilitando su observación, medición y análisis, así como reconocer con mayor claridad cuál es el papel que juegan en relación a la alimentación infantil. La forma en cómo son aplicadas las prácticas parentales alimentarias puede ser el punto central que permita esclarecer y/o consensuar algunos los desacuerdos hasta ahora identificados y discutidos.

Hasta ahora, las relaciones que se han intentado establecer entre el uso de las prácticas parentales alimentarias, particularmente las que han sido revisadas en este capítulo, y la forma en cómo se alimentan los niños han sido poco claras. En parte,

esto parece estar asociado con la poca claridad en las definiciones y la falta consenso conceptual. Por ello, en el siguiente capítulo se analizarán algunas investigaciones que han estudiado la posible relación entre estas prácticas parentales alimentarias y la autorregulación alimentaria de los niños. Cabe señalar, que en los estudios que se incluyen se atiende al proceso de autorregulación que se abordó en el primer capítulo de este trabajo, cuestión que también será punto de discusión.



Capítulo III. Relación entre las prácticas parentales alimentarias y la regulación alimentaria de los niños.

Durante las primeras etapas de la infancia los niños no son capaces de alimentarse totalmente de manera autónoma, sino que dependen de sus padres o cuidadores para cubrir esta necesidad básica. Los padres o cuidadores eligen el contenido de la dieta de los niños y guían su alimentación, transmitiendo sus propios hábitos y costumbres, dando forma al comportamiento alimentario de los niños influyendo en sus preferencias y hábitos alimentarios (Schwartz et al., 2011). Se ha señalado que la relación entre las prácticas parentales alimentarias distinguidas como coercitivas y la conducta alimentaria infantil son poco claras y aparentemente contradictorias (Castrillón & Giraldo, 2014; González-Torres, Esqueda et al., 2018). Por lo que en los siguientes apartados se analizan algunas investigaciones en torno a las relaciones entre dichas prácticas y la autorregulación alimentaria de los niños, en las cuales se han detectado estas aparentes contradicciones relacionadas con la variación en las definiciones, pero que también guardan relación con la diversidad metodológica utilizada para estudiarlas.

3.1 Restricción.

La restricción ha sido una de las prácticas más estudiadas. En la revisión realizada por Birch y Fisher (1998) se abordaron los factores de comportamiento que influyen en las preferencias de alimentos, la ingesta alimentaria y la regulación de energía en los niños. Estos autores refirieron que el uso de la restricción por parte de los padres parece tener la finalidad de disminuir la preferencia por ciertos alimentos en los niños. No obstante, en la mayoría de las investigaciones respecto al uso de dicha práctica se ha reportado que la restricción incrementa la preferencia e ingesta de los alimentos restringidos. A continuación, revisaremos algunos ejemplos.

Fisher y Birch (2002) evaluaron la relación de las prácticas restrictivas de los padres con el comer en ausencia de hambre en niñas y si ello se asociaba con un mayor riesgo de sobrepeso al paso de dos años. Participaron niñas de 5 años y la restricción fue evaluada con una subescala del CFQ (Birch et al., 2001). El comer en ausencia de hambre se midió al proporcionar un almuerzo estándar antes de una sesión de acceso libre a alimentos (el estudio describe a detalle las porciones y tipos de alimentos

utilizados durante las fases del estudio) y además se tomó una medida subjetiva de saciedad preguntando a las niñas si estaban “con hambre”, “medio llenas” o “satisfechas”. Los resultados reportaron que de las niñas que tuvieron bajo consumo de calorías en la sesión de acceso libre a los 5 años, el 64% continuó teniendo un bajo consumo, mientras que las niñas que a los 5 años presentaron un alto consumo de calorías en la sesión de acceso libre, a los 7 años el 68% de estas niñas siguieron teniendo un alto consumo. Por lo que el comer en ausencia de hambre fue una característica del comportamiento que se mantuvo estable a través del tiempo. Los informes de restricción de los padres se usaron para predecir el comer en ausencia de hambre, por cada unidad de aumento en los informes a la edad de 5 años, las niñas tenían 2.1 más probabilidades de comer en ausencia de hambre a los 7 años. Este estudio fue experimental y longitudinal por lo que sus resultados muestran un panorama muy particular del estudio de la restricción, que puede tener algunas dificultades al tratar de comparar sus hallazgos con los de otros estudios.

En su estudio experimental Jansen et al. (2007) también evaluaron la práctica de restricción con el CFQ (Birch et al., 2001), restringieron el consumo de aperitivos según su color. Ofrecieron dos tipos de alimentos en dos colores diferentes (papas fritas y chocolates) a niños entre 5 y 6 años. En un segundo momento se dio acceso libre a los aperitivos en sus colores disponibles. Hubo un grupo control al que no se le restringió en ningún momento los alimentos. Se midió el deseo por los alimentos y la saciedad con escalas visuales analógicas y el sabor con una escala de calificación de cinco puntos (no muy sabroso-muy sabroso). Sabor y saciedad se midieron antes de la prohibición y el deseo antes y después de la prohibición y después del acceso libre. Los autores encontraron que el deseo por los alimentos prohibidos aumentó significativamente en comparación con el grupo control. No hubo diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la cantidad consumida de kilocalorías, solo se observó que consumen mayor proporción del alimento prohibido en la fase de libre acceso. Además, encontraron que los hijos de padres que obtuvieron altos y bajos niveles de restricción en casa, de acuerdo con la escala de restricción del cuestionario, consumieron más kilocalorías durante todo el experimento independientemente de si

estuvieron expuestos o no a la prohibición, en comparación con los niños que eran hijos de padres que reportaron un uso moderado de la restricción en casa.

En estos dos últimos estudios descritos, la evaluación de la restricción se realizó a través del mismo cuestionario y ambos reportaron que en alguna medida existe una relación entre una mayor ingesta alimentaria de los niños y los puntajes obtenidos en dicho cuestionario. Sin embargo, la forma en como relacionaron los datos obtenidos del cuestionario fue distinta en cada estudio, el primero (Fisher & Birch, 2002) habla de probabilidades de comer en ausencia de hambre conforme a partir de lo reportado por los padres y en el segundo caso (Jansen et al., 2007) se comparó la ingesta de los niños en relación a los niveles de restricción del cuestionario aplicado a los padres. Por otro lado, aunque ambos estudios fueron experimentales, la metodología de cada uno es claramente distinta, por ejemplo, el tipo de alimentos disponibles al que tuvieron acceso los niños fue distinto en cada estudio, lo cual puede influir maneras diferentes en la ingesta de los niños.

Un elemento interesante de analizar y que es claramente distintivo en el estudio de Jansen et al. (2007) es que la restricción que se hizo no fue de los alimentos como tal, ya que, en realidad, las papas fritas y los chocolates permanecieron siempre disponibles para su consumo. Lo que se restringió fue una característica aparente del alimento, el color, y de acuerdo con los resultados, esto propició que se incrementara la preferencia por los alimentos del color prohibido. Lo cual resulta relevante dado que sugiere que la restricción puede aplicarse específicamente por las características organolépticas de los alimentos, incluso sin tomar en cuenta sus contenidos energéticos y/o nutricionales. Las características aparentes de los alimentos son una de las múltiples señales externas que pueden influir en la ingesta alimentaria favoreciendo la preferencia o rechazo por determinados alimentos como lo mostró el estudio. En este sentido se evidencia que la regulación de la ingesta no depende únicamente de señales internas del organismo, sino de señales externas como la disponibilidad de los alimentos y la aplicación de la restricción.

Otra cuestión que no se tomó en cuenta al analizar la restricción en el estudio de Jansen et al. (2007) fue que los alimentos prohibidos estuvieron en todo momento a la vista de los niños. Al respecto, en un estudio experimental realizado por Fisher y

Birch (1999), un alimento que estuvo en todo momento a la vista de niños de 3 a 5 años, fue inicialmente restringido y posteriormente accesible para su consumo, se reportó un incremento en las respuestas conductuales hacia dicho alimento: mayor selección, mayor consumo y una valoración positiva del mismo. La forma de proceder en este estudio permitió a los investigadores mostrar evidencia de que la restricción al acceso de un alimento que es visible para los niños dirige su comportamiento hacia dicho alimento.

Conforme a lo señalado, parece plausible plantear que habrá diferencias en la conducta alimentaria de los niños según la forma en que se aplique una restricción. Un ejemplo de restricción es el caso de los estudios descritos con anterioridad, donde el alimento restringido permaneció visible para los niños en todo momento. Sin embargo, ¿podría restringirse verbalmente en ausencia del alimento?, ¿mostrar el alimento restringido y después retirarlo? o ¿sólo retirar el alimento sin uso de verbalizaciones? Tomar en cuenta estas consideraciones resulta relevante cuando se trata de definir la restricción para su estudio, dado que conductualmente implicarían acciones distintas y metodológicamente tendrían que hacerse ajustes. Estas distintas formas de restringir a su vez pueden relacionarse de maneras distintas con la conducta alimentaria de los niños influyendo en cómo aprenden a regular su ingesta.

La evidencia hasta ahora mencionada en torno a la restricción plantea que el uso de esta práctica, por un lado, promueve el comer en ausencia de hambre y por el otro favorece la preferencia por aquellos alimentos que son restringidos. En el estudio realizado por Gubbels et al. (2009) se reportan hallazgos alternativos en torno al uso de la restricción, ya que encontraron que el uso de esta práctica tuvo una influencia favorable con respecto a una menor ingesta de alimentos con alta densidad energética en niños de dos años de edad. Además de que se asoció con otros comportamientos dietéticos saludables como un mayor consumo de frutas y hortalizas. Sin embargo, es importante señalar que la restricción que hacían los padres en este estudio era por medio de la instrucción (restricción verbal), a la vez que podían hacer uso de la orientación y aplicación de reglas. Tales características no coinciden con las que conciernen a una práctica coercitiva, pues al dar una instrucción u orientar al niño ya no solo se está prohibiendo, sino que se le está dando una explicación sobre los

motivos de la restricción y en este sentido, pareciera más una práctica educativa (según la clasificación de Vaughn et al. 2016). Este estudio evidencia que las acciones que realiza un cuidador que aplica una restricción de este tipo, asocia la práctica con la ingesta alimentaria de los niños de manera distinta a cuando el cuidador solo prohíbe o limita. Queda claro entonces que las señales ambientales pueden controlar o modificar la alimentación de los niños y no necesariamente de una manera perjudicial como lo señala este último estudio.

3.2 Presión para comer.

La presión para comer es otra de las prácticas parentales alimentarias que ha reportado hallazgos alternativos en cuanto a su relación con la forma en que los niños regulan su ingesta. Por lo general, se ha reportado que el uso de estrategias para presionar a un niño a comer tiene el efecto contrario al esperado ya que, en lugar de favorecer la preferencia por determinados alimentos, se desarrolla una aversión hacia éstos (Birch & Fisher, 1998). Sin embargo, Ventura y Birch (2008) realizaron una revisión de las investigaciones que reportaban influencias de los estilos de crianza, los estilos de alimentación y de las prácticas alimentarias sobre el peso y el desarrollo de la conducta alimentaria de los niños. Los autores encontraron estudios que reportaron datos que sugieren una relación perjudicial y otros que refieren una relación favorable entre la presión para comer y la alimentación de los niños. Por un lado, resultados de estudios de corte transversal y longitudinal que reportaron que el uso frecuente de esta práctica está asociado con bajos niveles de peso y de consumo de alimentos, así como la alimentación quisquillosa en los niños. Identificaron estudios experimentales que han reportado evidencia de que la presión resulta en aversiones hacia alimentos (e. g. Galloway et al., 2006). Finalmente, encontraron estudios observacionales que contrario a lo anterior, reportaron que niveles altos de presión durante la alimentación se asociaban con un mayor consumo de energía por parte de los niños (e. g. Crawford & Ball, 2006).

Al revisar de una manera particular estudios correspondientes a esta práctica es posible identificar algunos de los desacuerdos antes mencionados en torno a su relación con la conducta alimentaria infantil. En el estudio experimental realizado por Harris et al. (2014) se evaluó el comer en ausencia de hambre y su relación con la

presión para comer en niños de 3 a 4 años. Se les dio a los niños una comida que cubriera casi la mitad de sus necesidades energéticas diarias en kilojoules (kj) y enseguida se recogieron datos respecto a su estado de saciedad con una escala con cinco opciones de respuesta (de vacío a muy lleno). Posteriormente, se dio acceso libre a diferentes aperitivos y se midió la energía total consumida (en kj). Los datos respecto a las prácticas se obtuvieron a través del CFQ (Birch et al., 2001). Se encontró una asociación positiva significativa entre la presión para comer y el comer en ausencia de hambre solo en niños varones. En la discusión de los resultados se menciona que fue el hambre hedónica la que motivaba a los niños a comer aun y cuando habían referido estar saciados. Sin embargo, estos alimentos en sí mismos podrían estar más bien asociados de manera distinta con la conducta alimentaria de los niños y niñas de acuerdo a la experiencia que hayan tenido con ellos, sino cómo se explicaría que las niñas no tuvieran esta hambre hedónica.

En otro estudio experimental se examinó si presionar para comer en niños de 3 a 5 años afectaría su ingesta y preferencias alimentarias (Galloway et al., 2006). Durante 11 semanas se expuso a un grupo de niños a dos condiciones: una de presión y otra de no presión con dos tipos de sopas (maíz y calabaza). A la mitad de los niños se les presionó a comer una de las sopas y al resto de los niños se les presionó a comer la otra sopa, de tal manera que una de las sopas estuviera consistentemente asociada con la presión para comer. La presión era hecha por uno de los investigadores quien decía “termina tu sopa por favor” en cuatro ocasiones cada minuto en una sesión de 5 minutos. Al igual que en el estudio anterior, la presión que hacían los padres se evaluó a través del CFQ (Birch et al., 2001). Los niños consumieron significativamente más comida cuando no eran presionados para comer e hicieron menor cantidad de comentarios negativos hacia los alimentos (“qué asco”, “lo odio”, “eso no me gusta”, “no voy a comerlo” etcétera). Respecto al uso de la presión reportada por los padres, los resultados mostraron que quienes eran hijos de padres que presionaban con regularidad, tenían una ingesta similar tanto en la condición de presión y la de no presión en comparación con los niños eran mínimamente presionados en casa, los cuales comían más estando bajo presión y menos sin presión. Estos resultados podrían explicarse debido a que los niños que son presionados en casa pueden ser menos

sensibles a dicha práctica por una posible habituación a diferencia de los niños que son poco presionados y se enfrentan a esta situación relativamente nueva para ellos.

Finalmente, en el estudio observacional realizado por Orrell-Valente et al. (2007) que tenía por objetivo describir de manera exhaustiva la estructura y procesos del entorno de las comidas en la infancia, se realizaron dos observaciones de momentos de la alimentación, específicamente durante la cena, para identificar las estrategias usadas por los padres para alimentar a sus hijos. De dichas estrategias se encontró que la presión, el razonamiento y la oferta de recompensas de juego, se asociaron significativamente tanto con el cumplimiento como con la negativa para comer. Respecto a la presión, los autores señalaron que dicho hallazgo pudo deberse a que los niños respondieron a esta práctica apenas iniciaba el periodo de alimentación, comiendo justo como lo habrían hecho sin la presencia de ésta y al sentirse llenos dejaron de comer. Mientras que los niños que continuaban comiendo en respuesta al control parental dejaban de lado sus señales de saciedad. Un elemento que podría estar relacionado con esta diferencia entre los niños que ceden y no ceden a la presión es la presencia de otras prácticas que en combinación pudieron haber influido en la respuesta de los niños, pues de hecho se señaló que el razonamiento y la recompensa de juego tuvieron el mismo tipo de asociación que la presión para comer con la ingesta alimentaria de los niños.

En la literatura aquí revisada en torno a la práctica de presión para comer se puede observar que existen claras diferencias entre los hallazgos reportados respecto a su relación con la conducta alimentaria infantil. Tales diferencias permiten cuestionar si la presión para comer es únicamente coercitiva o bien, si pueden entenderse y describirse otros tipos de presión. Incluso podría considerarse si estas formas no coercitivas de presionar en realidad se tratan otro tipo de práctica distinta. Un aspecto importante que puede estar relacionado con los hallazgos de cada estudio es la metodología empleada a través de la cual es posible identificar que se difiere en la forma en como cada estudio está concibiendo a la presión para comer. Por último, es importante resaltar que independientemente de los resultados reportados en torno a la relación del uso de la presión y la ingesta alimentaria de los niños, estos estudios son evidencia de que la conducta alimentaria de los niños puede ser modificada o

influida por agentes externos como lo son las prácticas del cuidador y de que no solo depende de las señales internas de hambre-saciedad de los niños.

3.3 Uso instrumental de los alimentos.

Finalmente, el uso de alimentos como recompensa, también llamado uso instrumental de los alimentos, es otra práctica parental alimentaria que ha sido estudiada en cuanto a su relación con la conducta alimentaria infantil. La investigación realizada por Kiefner-Burmeister et al. (2014), tuvo como objetivo examinar la relación entre el uso de prácticas de alimentación negativas, los objetivos alimentarios de los padres asociados a la salud y los comportamientos alimentarios de los niños. Cada una de estas variables se evaluó a través de distintos cuestionarios. Las prácticas parentales alimentarias que se consideraron como negativas, entre las cuales se encontraba el uso de alimentos como recompensa, se evaluaron a través de CFPQ (Musher-Eizenman & Holub, 2007). Aunque los padres reportaron tener objetivos de alimentación saludables para sus hijos, los resultados mostraron que el uso de estas prácticas predice comportamientos negativos en la alimentación de niños de 3 a 6 años, entre los que se encuentra un alto consumo de dulces, bebidas energéticas o botanas. De acuerdo con estos resultados, a pesar de que la finalidad de los padres es favorecer una buena alimentación a parecer no están utilizando estrategias que les permitan lograr dicho objetivo.

En el estudio realizado por Lu et al. (2015), uno de los objetivos fue evaluar la asociación entre las reglas de control (prácticas parentales en las que se usan alimentos altos en grasa o azúcar como reforzador instrumental) y la preferencia por alimentos altamente reforzantes, en particular aquellos con elevado contenido de energía y grasa en niños de 6 a 12 años. Las reglas de control se evaluaron mediante una subescala de una escala de reglas alimentarias (Puhl & Schwartz, 2003). Los patrones dietéticos de los niños se evaluaron mediante un cuestionario autoadministrado de frecuencia de alimentos basado en el web-FFQ (Labonte, Cyr, Baril-Gravel, Royer, & Lamarche, 2012), el cual es una lista de 136 alimentos clasificados en 8 categorías, donde los padres reportan lo que consumen sus hijos con base a sus recuerdos del último mes. En los resultados se reporta que los niños que viven en familias con reglas de alto control tuvieron una mayor ingesta diaria de energía en comparación con los niños que

tenían reglas de bajo control sobre la ingesta de energía. En este estudio se especifica que las reglas de control tienen que ver con la modificación de comportamientos que no necesariamente están relacionados con la alimentación, por lo que es una práctica que no es utilizada únicamente en los periodos en los que los niños comen. Siendo así, la frecuencia con la que se usa podría ser distinta y la variedad de contextos en la que puede aplicarse muy amplia, lo cual puede tener efectos diferentes en la conducta alimentaria de los niños.

Vollmer y Baietto (2017) realizaron un estudio que tuvo por objetivo determinar la relación entre las prácticas parentales relacionadas con la alimentación y las preferencias por frutas, verduras y alimentos con alto contenido de grasas y/o azúcar en niños de 3 a 7 años. Evaluaron las prácticas parentales alimentarias a través del CFQ (Musher-Eizenman & Holub, 2007) y las preferencias de comida infantil con The Preschool Adapted Food Liking Survey (PALS) (Peracchio et al., 2012) que mide la percepción de los padres sobre las preferencias alimentarias de sus hijos respecto a las frutas, vegetales y alimentos con alto contenido de grasa/azúcar. En este cuestionario se entremezclan otro tipo de preferencias relacionadas con actividades no alimentarias (jugar, bailar, ver televisión, entre otros). Los resultados del estudio mostraron que las prácticas de regulación emocional, uso de comida como recompensa, presión para comer y restricción por salud, se asociaron positivamente con la preferencia de los niños por alimentos con alto contenido de grasa y azúcar. Al igual que en el estudio anterior, en el cuestionario con el que se evaluaron las prácticas, el uso instrumental de alimentos se refiere a la entrega de alimentos para modificar comportamiento que no necesariamente son alimentarios.

Por último, en el estudio observacional de Orrell-Valente et al. (2007) se identificaron diferentes estrategias que parecen aludir al uso instrumental de los alimentos (ver capítulo II). De dichas estrategias, la del uso de alimento como recompensa se asoció de manera significativa con el cumplimiento de la alimentación por parte del niño, mientras que las amenazas de retirar privilegios de juego se asociaron con el rechazo del niño y la oferta de recompensas de juego, se asoció significativamente tanto con la aceptación como con el rechazo de alimentos por parte del niño. A partir de la distinción que se realizó en este estudio, respecto a diversas

formas de aplicar este tipo de práctica se encontraron asociaciones diferentes con la conducta alimentaria de los niños. A diferencia de los estudios anteriores, en esta investigación el uso de alimento como recompensa se refiere a usar comida como premio, soborno o negociación para lograr que el niño coma. Siendo así que hace alusión a una práctica que se utiliza en situaciones de alimentación y conforme a lo reportado es efectiva para lograr que los niños se alimenten.

En los estudios analizados en torno al uso instrumental de los alimentos predominan el uso de cuestionarios. Se observa que algunos de los resultados reportados coinciden en que esta práctica se relaciona con una mayor ingesta de alimentos con alto contenido energético. Sin embargo, dos de estos estudios evaluaron todas las prácticas “negativas” del cuestionario (Kiefner-Burmeister et al., 2014; Vollmer & Baietto, 2017), las cuales también se asociaron con este tipo de ingesta en los niños, por lo que cabría preguntarse en qué medida fue el uso instrumental de alimentos y no las otras prácticas las que favorecen la alimentación poco saludable de los niños. Por su parte, Orrell-Valente et al. (2007) encontró que usar alimento como recompensa funciona para que el niño coma lo que el cuidador le está dando, pero como ya se señaló, es claro que están entendiendo la práctica de otra manera.

Al igual que en lo revisado anteriormente con respecto a otras prácticas parentales alimentarias, también en este caso la definición del uso instrumental de los alimentos y las metodologías empleadas para estudiarlo parecen estar relacionados con las diferencias en los resultados de las investigaciones. Es necesario esclarecer la definición de esta práctica o bien, señalar distintos tipos de uso instrumental ya que como se analizó cada forma en la que puede ser aplicado puede impactar de manera distinta en la conducta alimentaria de los niños. La operacionalización de la práctica podría ayudar a esclarecer dichas diferencias.

En conclusión, se identifica que el uso de cuestionarios es la forma más recurrente, para evaluar las prácticas parentales alimentarias. Por lo general, los ítems de los cuestionarios no hacen referencias a conductas específicas que describan a las prácticas. Identificar y describir dichas conductas podría ser el primer paso para poder distinguir, denominar, definir y clasificar con claridad las prácticas parentales alimentarias. Adicionalmente, ayudaría a estandarizar las variables a tomar en cuenta

al momento de diseñar una metodología para estudiarlas lo cual permitiría realizar comparaciones entre las investigaciones. Como consecuencia, se podrían establecer relaciones claras y confiables entre las prácticas parentales alimentarias y la regulación alimentaria infantil. Sin duda, las implicaciones de este tipo de investigaciones son relevantes, dado que están relacionadas con el aprendizaje de patrones y hábitos alimentarios en los niños que pueden favorecer o perjudicar su estado nutricional.



Capítulo IV Marco teórico

El análisis de la conducta basándose en la contingencia de tres términos, ofrece una perspectiva desde la cual se pueden analizar las conductas que realizan los cuidadores al momento de alimentar a los niños. A su vez, permite la comprensión y explicación de cómo los niños se alimentan a partir de las conductas que sus padres utilizan.

Cualquier intento sistemático para entender la conducta debe tomar en consideración lo que los organismos aprenden y cómo lo aprenden, ya que numerosos aspectos de la conducta son resultado del aprendizaje (Domjan, 2016).

Skinner (1953) exploró el impacto de varias consecuencias sobre la conducta a través de diversos estudios de laboratorio, ayudando a esclarecer el aprendizaje resultante de las consecuencias. A partir de los cuales observó que diversas conductas que se emitían de manera espontánea se encontraban bajo el control primario de sus consecuencias. A dichas conductas las denominó operantes, debido a que eran respuestas que operaban o tenían alguna influencia sobre el ambiente. Las conductas operantes tienen una mayor o menor probabilidad de ocurrir en función de los eventos que las siguen.

Al proceso y efecto de las consecuencias sobre la conducta se le llama condicionamiento operante, en donde una consecuencia funcional es un estímulo que le sigue a la conducta y puede alterar la frecuencia de dicho comportamiento en el futuro. (Cooper, Heron & Heward, 2007). El reforzamiento positivo ocurre cuando una conducta provoca la presencia de un estímulo apetitivo lo cual resulta en que la frecuencia de dicha conducta aumente. El reforzamiento negativo ocurre cuando la frecuencia de una conducta se incrementa a causa del retiro o terminación de un estímulo aversivo. En el caso de los castigos, cuando una conducta es seguida de un estímulo que ocasiona que en el futuro decremente la frecuencia de esa conducta estará ocurriendo un castigo positivo. El castigo negativo ocurre cuando la frecuencia de una conducta disminuye al retirar de manera contingente un reforzador positivo (Cooper et al., 2007; Domjan, 2016).

El condicionamiento operante puede ser una forma de explicar el aprendizaje de conductas relacionadas con la alimentación, como la aceptación o rechazo de

alimentos en los niños. El reforzamiento o castigo de dichas conductas muy probablemente sea realizado por los cuidadores ya que ellos son los principales encargados de la alimentación de los niños, incluso podrían estar aplicando estos procedimientos sin ser conscientes de ello y estar reforzando o castigando conductas que no precisamente favorecen la alimentación. Por ejemplo, retirar la comida ante una conducta del niño que puede ser considerada como inapropiada, como el llanto, puede tener como efecto incrementar la probabilidad de que esta conducta ocurra cuando se presenten nuevamente los alimentos, ya que le permitió al niño escapar de la situación y no cumplir la demanda de consumir dichos alimentos ocurriendo así un reforzamiento negativo. O bien, cuando un niño rechaza o se niega a comer algún alimento, se pueden presentar otros alimentos que si son preferidos por el niño acompañados de suplicas para que coma, lo cual puede incrementar la ocurrencia de las conductas de rechazo a la primera comida, efectuándose así, un reforzamiento positivo (Hernández-Eslava, Fernand & Vollmer, 2016).

Más allá de describir una relación funcional entre la conducta y las consecuencias, los principios del condicionamiento operante también establecen relaciones funcionales entre la conducta y los eventos ambientales tanto antecedentes como consecuentes (Cooper et al., 2007; Kazdin, 2000). A esto se le conoce como la triple contingencia, que está compuesta por eventos antecedentes (A), conductas (B), y eventos consecuentes (C). Los eventos antecedentes se refieren a los estímulos anteriores a la conducta; las conductas son los actos en sí mismos, la respuesta del individuo y; las consecuencias son los eventos que ocurren después de la conducta (Kazdin, 2000).

De acuerdo con Skinner (1969) la interrelación entre las condiciones bajo la cual ocurre una respuesta, la respuesta y las consecuencias reforzantes son llamadas “contingencias de reforzamiento”, las cuales describen la interacción entre un organismo y su ambiente. El termino contingencia en este sentido hace referencia a que la ocurrencia de un comportamiento depende de la ocurrencia de una consecuencia en particular, cuando se dice que un reforzador ha sido contingente en una conducta, dicha conducta es emitida específicamente para que esa consecuencia particular ocurra (Cooper et al., 2007)

Un comportamiento que ocurre con mayor frecuencia bajo las mismas condiciones antecedentes que en otras condiciones, es llamado operante discriminada, ésta ocurre con alta frecuencia ante la presencia de un estímulo particular que, en ausencia de éste, a lo cual se dice que está bajo el control de estímulos (Cooper et al., 2007). Las contingencias establecidas por los cuidadores en los momentos de alimentación pueden crear un contexto en el cual puede haber estímulos antecedentes y consecuentes particulares que podrían estar controlando la forma en como los niños se alimentan. Dichas contingencias podrían permitirle al niño prever si sus conductas serán reforzadas o no y responder en función de ello.

La conducta alimentaria se emite dentro de ambientes específicos, horarios o momentos particulares (Santacoloma & Quiroga, 2009). Examinar esta conducta desde el enfoque del análisis funcional permitiría identificar cuáles son esas condiciones ambientales que se relacionan con la conducta de comer, proporcionando información sobre cuáles son las contingencias que se establecen para que el niño coma y las consecuencias que hacen que se mantengan determinados comportamientos (Iwata & Dozier, 2008; Kazdin, 2000; Schlundt & Jarrell, 1985).

El análisis de la secuencia de eventos conductuales que ocurren en la interacción entre los cuidadores y los niños en los momentos de alimentación permite reconocer las relaciones funcionales que se establecen dentro de dicha interacción. A través de las cuales se promueven la ocurrencia y mantenimiento de conductas particulares en los niños relacionadas con la alimentación por las contingencias establecidas por los cuidadores y viceversa, el mantenimiento y ocurrencia de conductas de los cuidadores por las contingencias establecidas por los niños.

4.1 Planteamiento del problema.

En la literatura han sido reconocidas, descritas y analizadas diversas prácticas parentales alimentarias. La mayoría de las investigaciones han enfocado su atención al estudio de aquellas prácticas que han sido catalogadas como coercitivas ya que al parecer promueven conductas alimentarias poco saludables en los niños. Sin embargo, como se ha discutido a lo largo de este trabajo las relaciones que se han intentado establecer entre este tipo de prácticas y la alimentación infantil no son del todo claras, habiendo incluso evidencia empírica sobre este tema que es contradictoria. La falta de

consenso en cuanto al uso de conceptos para referirse ellas, la ambigüedad y multiplicidad en las definiciones, la variedad metodológica para estudiarlas, así como la ausencia de caracterizaciones conductuales que las distinguan, son elementos que pueden estar relacionados con la poca claridad de su impacto sobre alimentación infantil. La operacionalización de las prácticas parentales alimentarias a partir de la identificación de relaciones funcionales que se establecen en los momentos de alimentación, además de abonar al consenso de sus definiciones proporcionaría una mayor claridad en torno a cómo dichas prácticas se relacionan con la conducta alimentaria infantil.

La mayoría de los resultados reportados en torno al tema de las prácticas parentales alimentarias tienen que ver, ya sea con una sobre-ingesta o con una inhibición de la ingesta en los niños. Se hace referencia a que el uso de cierto tipo de prácticas tiene algún efecto sobre la capacidad de autorregulación alimentaria de los niños. Se ha señalado que dicha capacidad es innata y permite que las personas solo ingieran aquellos alimentos que les permitan cubrir sus necesidades energéticas, respondiendo únicamente a señales internas de hambre y saciedad, indicando que guiar la alimentación por señales externas promueve una pobre autorregulación o una alimentación poco saludable. Sin embargo, la presencia de señales externas durante los momentos de alimentación es inevitable, los propios alimentos y sus características ya representan en sí mismos estímulos externos que pueden influir en la ingesta.

Aunado a esto, las relaciones funcionales que establecen los cuidadores a través de su conducta, cuando interactúan con los niños en los momentos de alimentación, conjuntan diversos estímulos que son ajenos al organismo y que no pueden ser ignorados. Los cuidadores son quienes disponen los alimentos a los niños y los guían respecto a qué, cuánto y cómo comer, a partir de ello, los niños aprenden formas particulares de relacionarse con la alimentación. Sería ideal que aprendieran a regular su ingesta en función de sus necesidades energéticas y nutricionales. Aproximar a los niños a una adecuada alimentación implica que los cuidadores, además de proveer una variedad y cantidad suficiente de alimentos, a través de su interacción faciliten el aprendizaje respecto a qué, cuánto y cómo es necesario comer para mantener una alimentación saludable. Poder reconocer lo que se promueve en

estas interacciones podría ayudar a generar estrategias de intervención con los cuidadores que les permitan identificar el tipo de prácticas que utilizan con los niños y cómo aplicar aquellas que promuevan de manera más eficaz una mejor alimentación (equilibrada, variada y suficiente) en los niños.

De ninguna manera puede negarse que la alimentación está relacionada con procesos fisiológicos, pero como se puede observar tales procesos no son los únicos determinantes en la forma de comer de una persona. De igual forma, tampoco se puede afirmar que todas las señales externas, como la disponibilidad de los alimentos, la presencia de otros individuos, el lugar donde sucede la alimentación o las conductas de los cuidadores para alimentar a los niños, promueven una alimentación inadecuada o poco saludable. De ser así, todas las personas estarían en riesgo inminente de mantener una mala alimentación dado que es imposible no entrar en contacto con las señales ambientales. En este sentido, aprender a alimentarse de manera saludable o poco saludable dependerá de las asociaciones que se hagan entre todas las señales que están implicadas en la alimentación y la ingesta propia.

Por lo tanto, en este trabajo se propone realizar un análisis secuencial entre las conductas del cuidador y las conductas del niño que mantienen durante los momentos de alimentación en su ambiente natural; así como describir la ingesta alimentaria de los niños a partir de dichas interacciones. Lo cual representa un primer paso para: 1) identificar claramente las conductas que emiten los cuidadores y los niños durante los periodos de alimentación; 2) identificar secuencias conductuales que permitan operacionalizar ciertas prácticas parentales alimentarias y; 3) mostrar un primer acercamiento de cómo las conductas de los cuidadores se relacionan con la ingesta alimentaria de los niños y qué tipo de alimentación están promoviendo (saludable o poco saludable).

Capítulo V Método.

5.1 Objetivo general.

Describir el patrón de ingesta y la calidad de la dieta de los niños en función de las conductas emitidas por los cuidadores en los momentos de alimentación.

5.2 Objetivos particulares

Elaborar un catálogo conductual que permita identificar y describir las conductas de los cuidadores y los niños en los momentos de alimentación.

Describir las secuencias conductuales entre las conductas de los cuidadores al momento de alimentar a los niños y las conductas de los niños en relación con los alimentos.

Describir el patrón de ingesta y la calidad de la dieta de los niños.

5.3 Participantes.

Se incluyeron diez diadas cuidador-niño de la zona urbana de Aguascalientes que participaron de manera voluntaria. Se contempló como criterios de inclusión para los niños que tuvieran una edad de entre 4 y 6 años con peso normal y que no tuvieran algún diagnóstico o tratamiento médico que afectara su participación en la investigación. Para los cuidadores solo se tomó como criterio de inclusión que fueran los encargados principales de la alimentación de los niños.

5.4 Materiales e instrumentos

a) *Formato de consentimiento informado para los padres.* Se utilizó para informar a los cuidadores sobre las actividades que se realizarían durante el estudio y para formalizar su participación en la investigación. Los padres y/o cuidadores otorgaron su firma a dicho documento donde se comprometían a participar y daban su autorizando para participación de los niños.

b) *Formato de entrevista semi estructurada.* Permitió obtener datos generales de los participantes, así como información relacionada con sus hábitos alimentarios. Se corroboró que los niños no fueran selectivos y consumieran una amplia variedad de alimentos. Además, permitió indagar respecto al estado de salud de los niños para descartar la presencia de diagnósticos o tratamientos médicos actuales.

c) *Hoja de registro:* Fue utilizada para registrar durante cada sesión de grabación los tipos de alimentos que se le ofrecieron al niño, cuáles fueron consumidos

y cuáles no, así como el peso inicial y final de cada alimento. Adicionalmente se tomó nota de observaciones generales

d) *Cámara de video Canon VIXIA HFR700*. Se usó para grabar los momentos de alimentación de las diadas participantes.

e) *Báscula de alimentos Beurer GmbH*. Permitió obtener el peso inicial en gramos de los distintos alimentos que les fueron ofrecidos a los niños, así como el peso final de aquellos alimentos que quedaron como sobrante posterior al periodo de alimentación y determinar con ello la cantidad ingerida.

f) *Estadímetro portátil Seca 217*. Se utilizó para obtener la estatura de los niños.

g) *Báscula digital de piso Seca874dr*. Se utilizó para obtener el peso de los niños.

h) *Software Lince v. 1.4* (Gabin, Camerino, Anguera & Casta, 2012): fue usado para realizar los registros observacionales de las videograbaciones.

i) *Software de análisis de interacción de secuencias GSEQ v. 5* (Bakeman & Quera, 2011): permitió analizar las secuencias de interacción entre los cuidadores y los niños a partir de los datos obtenidos con los registros observacionales.

j) *NOM 043-SSA2-2005*: para la valoración de la calidad de la dieta de los niños, apoyada por la evaluación realizada de cada participante por una experta en nutrición pediátrica a partir de los registros obtenidos durante las observaciones del tipo y cantidad de alimentos ingeridos en cada sesión.

5.5 Procedimiento

Previo a la realización del estudio se trabajó en la construcción de un catálogo conductual para el cuidador (Ver Anexo A) y otro para el niño (Ver Anexo B), los cuales fueron posteriormente utilizados para los registros observacionales de los videos de la muestra. Los catálogos se elaboraron bajo la metodología de observación sistemática propuesta por Backeman y Gottman (1989) a partir de la cual se crearon categorías que fueron exhaustivas y mutuamente excluyentes. Se tomó como base catálogo conductual realizado por Gonzalez-Torres, González et al. 2018 planteado para niños de tres años y se realizaron observaciones de videos de cuatro niños diferentes y ajenos a la muestra con edades entre los 4 y 6 años a fin de captar el mayor

número de conductas posibles, realizando así una adaptación de dicho catalogo para niños con las edades consideradas para este trabajo.

En los catálogos finales se incluyeron todas aquellas conductas identificadas en los videos de prueba con niños de 4 a 6 años, exceptuando las conductas que no fueron observadas en ninguna diada. Así mismo, se agregaron algunas conductas observadas por primera vez en las diadas de estas edades. En caso de los cuidadores, algunas de estas conductas quedaron en la categoría de Estrategias para modificar la alimentación del niño, tales como *da razones de por qué debe comer*, y en la de Negociación, tales como *pide que coma un solo tipo de alimento a cambio de no comer el resto*, entre otras. Para los niños se agregaron algunas conductas observadas por primera vez que quedaron ubicadas en la categoría de Se involucra en su alimentación, tales como *pregunta si puede consumir más de un alimento ya consumido y pregunta si puede consumir un alimento que no ha consumido*, entre otras. Las categorías conductuales también fueron adaptadas para los fines de este trabajo.

A partir de dicho catalogo y por medio del software Lince v. 1.4 (Gabin et al., 2012) se realizaron registros observacionales de los videos de la muestra. El índice de confiabilidad Kappa de Cohen fue en promedio de 0.85 y se obtuvo con otro observador que registro de manera independiente un 25% de las grabaciones, que representan un total de 10 videos de la muestra incluyendo un video de cada diada elegido aleatoriamente.

La selección de los participantes se hizo a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia. Durante la primera reunión con las diadas se dio a conocer información general del proyecto y se hizo entrega del consentimiento informado el cual era firmado por los padres. Enseguida se tomaba el peso y talla de los niños para corroborar que se encontraran dentro de su peso, de ser así se continuaba con el protocolo del estudio, en caso contrario, se agradecía a los padres su disposición y se les informaba los motivos por los cuales no podían participar en la investigación facilitándoles los datos de un experto en nutrición infantil.

Posterior a la toma de las medidas de los niños se colocaba el equipo de grabación y se pesaban los alimentos. Enseguida el observador daba la siguiente indicación “continúen con su rutina normal y me avisan cuando terminen de comer” y

se retiraba del lugar. La duración de las grabaciones dependía del tiempo que tardaran en comer los participantes. En total se realizaron cinco video grabaciones consecutivas de lunes a viernes con cada una de las diadas en su ambiente natural, es decir, en su hogar y bajo las condiciones cotidianas de cada familia, por ejemplo, que estuvieran presentes las personas que normalmente comían con la diada. Dichas grabaciones se realizaron a la hora de la comida. La primera video-grabación fue considerada como fase de habituación a la presencia de la cámara y el observador, por lo que solo se tomaron cuatro videograbaciones para el análisis.

En cada una de las sesiones se registró el tipo y cantidad de cada uno de los alimentos que le fueron servidos a cada niño y al finalizar el momento de alimentación se pesó el alimento que no fue consumido por el niño. A partir de estos registros se calculó la cantidad total y por tipo de alimento que fue ingerido por el niño en cada sesión. Estos datos fueron proporcionados a una experta en nutrición pediátrica para la valoración de la calidad de la dieta de cada niño en cada sesión.

Una vez realizadas las videograbaciones se procedió a realizar registros observacionales de las últimas cuatro videograbaciones a partir de catálogo conductual que se creó para esta investigación y se generaron diversas bases de datos relacionadas con las conductas de los cuidadores y los niños y los alimentos y la alimentación de los niños.

5.6 Análisis de datos.

Los registros observacionales de las video grabaciones se realizaron por medio del software Lince v. 1.4, a partir de los cuales se corrieron análisis en el software GESQ v. 5 para obtener datos descriptivos como las frecuencias de las conductas observadas en los cuidadores y en los niños. Así mismo, con este programa se obtuvieron análisis de las probabilidades condicionales entre las conductas de los cuidadores y los niños. Dichas probabilidades permitieron obtener las conductas del cuidador que fueron antecedentes y consecuentes de la conducta de comer del niño, permitiendo identificar secuencias conductuales de cada diada durante los momentos de alimentación. Para este trabajo se conformaron las secuencias conductuales a partir de los retardos de 3 a -3, donde el retardo 1, -1 implica la ocurrencia de conductas del cuidador inmediatamente antes (1) e inmediatamente después (-1) de una conducta del

niño, los retardos 2, -2 implican la ocurrencia de la segunda antes y la segunda conducta después de la conducta del niño y para los retardos 3, -3, la tercera conducta ocurrida antes y la tercera conducta ocurrida después de la conducta del niño.

Para los datos obtenidos en relación a la ingesta de tipos y cantidades de alimentos se realizó un análisis descriptivo respecto a la cantidad y tipos de alimentos proporcionados por los cuidadores, así como de la cantidad y tipos de alimentos ingeridos por los niños. Para dicho análisis se tomó como referencia las recomendaciones sugeridas por la Norma Oficial Mexicana (NOM-043-SSA2-2005) así como la orientación de una experta en nutrición pediátrica.

La nutrióloga pediatra proporcionó información respecto Ingesta Recomendada Diaria (IRD) en cada comida para los niños participantes. La experta indicó que para el momento de alimentación observado la recomendación es ingerir entre el 30 y 40% de la IRD tanto en kilocalorías (kcal) como en porciones equivalentes de tipos de alimentos. Por lo anterior, se calculó el porcentaje de kcal consumidas y de porciones equivalentes de tipos de alimento por cada niño en cada sesión y se comparó con el porcentaje recomendado. Así mismo, la evaluación incluyó las características de la dieta en función de la NOM-043-SSA2-2005 a partir de la cual se señaló si eran equilibradas, suficientes y variadas para cada caso en cada sesión.

Capítulo VI Resultados

En los siguientes apartados, en primer lugar, se describirá de manera general la muestra que participó en el estudio. Enseguida se mostrarán los resultados relacionados con las conductas de los cuidadores y los niños en los momentos de alimentación, así como las probabilidades condicionales entre dichas conductas a través de las cuales se obtuvieron las secuencias conductuales de cada una de las diadas. Finalmente, se darán a conocer los datos obtenidos en relación a la alimentación de los niños. En esta última sección se abordará la disposición de tipos y cantidades de alimentos por parte de los cuidadores y la ingesta de los niños a partir de ello y se mostrará la comparación entre lo observado y las recomendaciones nutricionales para la edad de los niños de la muestra para describir la calidad de su dieta.

6.1 Descripción de la muestra.

La muestra quedó conformada por un total de diez diadas cuidador-niño. Todas las cuidadoras fueron mujeres y eran las encargadas principales de la alimentación de los niños. Siete de ellas era la madre, dos la abuela y una la tía abuela. La edad media de las madres fue de 32.86 (\pm 7.06) y del resto de las cuidadoras 64.33 (\pm 4.93). La escolaridad de las participantes varió desde primaria hasta licenciatura.

En cuanto a los niños, seis de ellos fueron varones y cuatro mujeres. La edad media fue de 5.1 años (\pm 0.88). Todos se encontraron dentro de su peso normal de acuerdo con el percentil de peso para la edad señalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Y fue corroborado con los padres que los niños no tuvieran diagnósticos o tratamientos médicos actuales que interfirieran con su participación en el estudio.

6.2 Conductas de los cuidadores en los momentos de alimentación.

En la Tabla 1 se muestran las frecuencias absolutas de las conductas de los cuidadores que ocurrieron en cada categoría conductual, tomando en cuenta las cuatro observaciones.

Tabla 1. Frecuencias absolutas de las conductas observadas en los cuidadores por categoría conductual.

Cuidador	Categorías conductuales para los cuidadores.									
	AC	IC	L	CA	EM	VA	IA	N	CT	FA
	Frecuencia									
1	42	13	1	19	10	8	7	3	8	4
2	2	38	0	31	11	22	14	9	11	17
3	2	12	0	33	0	3	5	13	23	13
4	88	27	0	28	7	7	3	4	9	11
5	84	36	1	24	5	19	19	14	35	5
6	26	13	0	10	6	3	2	0	5	4
7	0	3	0	11	2	0	2	17	21	14
8	75	29	3	24	7	2	3	3	34	17
9	1	13	0	15	1	5	0	0	3	0
10	96	41	0	23	3	20	8	11	79	6
Total	416	225	5	218	52	89	63	74	228	91

Nota: Las categorías conductuales están representadas por nomenclaturas donde: AC es Acompaña a comer; IC Indicaciones para comer; L Limitación; CA Conductas para alimentar al niño; EM Estrategias para modificar la alimentación del niño; VA Verbalizaciones sobre la alimentación; IA Involucra al niño en su alimentación; N Negociación; CT Control de la alimentación y; FA Finalización del periodo de alimentación.

Los totales muestran que las conductas de las categorías *acompaña a comer*, *indicaciones para comer* y *control de la alimentación* tuvieron las mayores frecuencias 416, 218 y 228 respectivamente. Por su parte, las conductas de la categoría de *limitación* tienen la menor frecuencia total la cual fue de 5. Las conductas de las categorías *indicaciones para comer*, *conductas para alimentar al niño* y *control sobre la alimentación* fueron observadas en todos los participantes, el resto de las categorías tienen una frecuencia de cero en por lo menos un cuidador. Las categorías antes mencionadas junto con *acompaña a comer* y *finalización del periodo de alimentación* presentan frecuencias mínimas de 10 en por lo menos cinco cuidadores en comparación con las categorías de *limitación*, *estrategias para modificar la alimentación del niño*, *verbalizaciones sobre la alimentación*, *involucra al niño en su alimentación* y *negociación* que tienen frecuencias mínimas de 10 en menos de la mitad de los cuidadores. Siendo así, las conductas de estas últimas categorías fueron las menos utilizadas, en particular las de *limitación* ya que se observó una ocurrencia en un rango de 1 a 3 y solo en tres cuidadores.

6.3 Conductas de los niños en los momentos de alimentación.

Considerando las categorías conductuales para los niños, se presentan los datos obtenidos respecto a su conducta. En la Tabla 2 se muestran las frecuencias absolutas de las conductas tomando en cuenta las cuatro video-grabaciones.

Tabla 2. Frecuencias absolutas de las conductas observadas en los niños por categoría conductual.

Niño	Categorías conductuales para los niño.				
	AC	RE	VER	INV	FIN
	Frecuencia				
1	6	8	7	74	9
2	19	12	11	69	6
3	21	14	2	44	6
4	7	15	1	149	1
5	21	8	9	170	11
6	1	3	3	89	4
7	8	8	1	31	6
8	8	10	0	165	3
9	2	11	5	27	6
10	9	37	0	139	0
Total	102	126	39	957	52

Nota: Las categorías conductuales para los niños están representadas por nomenclaturas donde AC es Aceptación de alimentos, RE Rechazo de alimentos, VE Verbalizaciones sobre la alimentación, INV Se involucra en su alimentación y FIN Finalización del periodo de alimentación.

Se puede observar que *se involucra en su alimentación* presenta las frecuencias más altas, donde cuatro de los participantes tuvieron ocurrencias dentro de un rango entre los 139 y 170. Mientras que *verbalizaciones sobre la alimentación y finalización del periodo de alimentación* tiene las menores frecuencias con un rango de 0 a 11.

6.4 Probabilidades condicionales entre las conductas de los cuidadores y la ingesta alimentaria de los niños.

De todas las conductas de los niños que fueron registradas, *toma bocado* fue la única que apareció relacionada con altas probabilidades con diversas conductas de los cuidadores, por lo que se tomó como la conducta central de análisis en este trabajo.

En la Tabla 3 se reportan las conductas de los cuidadores que tuvieron probabilidades iguales o mayores a 0.5 de presentarse como antecedentes o consecuentes de la conducta del niño *toma bocado*. En la primera columna se muestran las conductas de los cuidadores, en la segunda las diadas en las que se observó que dicha conducta del cuidador fue antecedente y/o consecuente de *toma bocado*. En los retardos 3, 2 y 1 debajo de la palabra “antes” se encuentran las probabilidades condicionales de que la conducta cuidador se presentara como antecedente inmediato (retardo1), dos conductas antes (retardo 2) y/o tres conductas antes (retardo 3). Finalmente, en los retardos 1, 2 y 3 debajo de la palabra “después” se ubican las probabilidades de que la conducta se presentara como consecuente de *toma bocado*.

Tabla 3. Probabilidades condicionales iguales o >0.5 de que las conductas de los cuidadores ocurran antes o después de la conducta del niño de “toma bocado”

Conducta del cuidador	Diada	Retardos					
		Antes			Después		
		3	2	1	1	2	3
Indica qué comer	6	0.75	0.8	0.67	0.75	1	0.8
	5	0.86	0.73	0.5	1		0.67
	2		0.6	0.67	0.56		0.5
	3	1	0.83	1			0.75
	8				0.75		1
	10		0.75			0.71	
	1		0.6				
Da alimento	4					0.6	
	8	0.6	0.8	0.83	0.6	0.67	
	4	0.71	0.6		0.54	0.67	0.83
	7	1	0.8	1	0.75		
	3	0.55	0.5			0.57	0.5
	6	1		0.67			
	5	0.86					0.75
Indica cómo alimentarse	10				1		
	4	0.8	1	0.5	1	0.91	0.89
	5	0.73	0.7	0.67	0.71	0.78	0.78
	8	0.92	0.9	0.91	0.87	0.71	0.85
	9	0.86	1	0.86	0.5	0.67	0.6
	10	0.8	0.82	0.78	0.86	0.83	0.67
	6	0.86	0.67	0.75		0.75	1
Come junto con el niño	2	0.7		0.5			0.5
	4	0.84	0.84	0.87	0.87	0.81	0.83
	5	0.78	0.76	0.72	0.76	0.78	0.86
	6	0.71	0.7	0.88	0.86	0.84	0.78
	8	0.83	0.9	0.92	0.96	0.88	0.9
	10	0.8	0.8	0.77	0.8	0.79	0.76
	1		0.5	0.56	0.56	0.61	
Ordena comer	10	0.77	0.72	0.65	0.74	0.68	0.73
	8	0.89	1	1	0.6	1	0.75
	5			1	0.75	1	0.83
	3	0.83	0.75				0.57
	2			1			
Indaga terminación del periodo de la alimentación	8	0.6	0.83	0.56	0.64	0.78	0.56
	7	0.71				0.67	0.89
	3				0.8		0.7
	4					0.8	
	2					0.63	
Orden indirecta	8	0.83	0.86		1	0.75	1
	5		0.64	0.5		1	0.6
	3	1			0.57		0.6
	10	0.8					0.71
Ordena acabarse el alimento	7	0.75	0.75		0.75	0.8	1
	3		1	0.75	1		
	5			0.75			

Nota: El orden en que se presentan las conductas es descendente conforme al número de diadas en que se observó que aparecieran como antecedentes o consecuentes. El orden de las diadas en cada conducta es descendente según las probabilidades condicionales y los retardos en las que fueron observadas

(continúa)

Tabla 3. Probabilidades condicionales iguales o >0.5 de que las conductas de los cuidadores ocurran antes o después de la conducta del niño de “toma bocado” (continuación)

Conducta del cuidador	Diada	Retardos					
		Antes			Después		
		3	2	1	1	2	3
Critica la forma de comer del niño	10	0.8	1	0.6		0.57	0.71
	6	1	1	0.67		1	
	4			1			
Se sirve sus alimentos	4	0.8	0.6	0.78	0.75	0.86	1
	10	1	1		0.86	0.75	0.6
	5						1
Ofrece más alimento	10	0.6			0.6	1	
	5	1			1		
	2					0.56	0.83
Indaga percepción del alimento	5				0.5	0.75	0.5
	2					0.56	0.83
Ofrece otro alimento	2	0.6	0.6				0.75
	4				1	1	0.75
Contención positiva con otro alimento	7	0.57	0.75	0.57		0.8	0.6
Resalta características organolépticas	5	0.6	0.6	0.67	0.5		
Amenaza	8	0.88	0.83				1
Permite elegir entre dos o más alimentos	5	0.6		0.5			
Da razones de porqué debe comer	2			0.6			1
Indica probar un alimento	9					1	1
Contención negativa con alimento	7		0.75				
Fomenta la competición	2	1					
Facilita la ingesta	2	0.8					

Nota: El orden en que se presentan las conductas es descendente conforme al número de diadas en que se observó que aparecieran como antecedentes o consecuentes. El orden de las diadas en cada conducta es descendente según las probabilidades condicionales y los retardos en las que fueron observadas

Se puede observar que las conductas de los cuidadores *indica qué comer, da alimento, indica cómo alimentarse y come junto con niño* fueron las que se presentaron como antecedentes y consecuentes de la conducta *toma bocado* en la mayoría de las diadas, entre 6 y 8 diadas. Las conductas *indica cómo alimentarse y come junto con el niño* que se observaron en 7 y 6 diadas respectivamente, fueron las más constantes al aparecer prácticamente en todos los retardos. Por otro lado, se encontraron conductas de cuidadores que fueron antecedentes o consecuentes característicos de diadas en particular, incluso presentándose en todos o prácticamente todos los retardos, por

ejemplo, *ordena acabarse el alimento y realiza una contención positiva con otro alimento* en la diada siete; *critica la forma de comer del niño* en la diada diez o; *se sirve sus alimentos* en la diada cuatro.

6.5 Secuencias conductuales de cada diada.

A partir de la obtención de las probabilidades condicionales observadas en la Tabla 3 se identificaron y ordenaron secuencias conductuales para cada una de las diadas las cuales se muestran de la Tabla 4 a la Tabla 13.

En dichas tablas se muestran los retardos antes (3, 2 y 1) en los cuales se ubican las conductas de los cuidadores que se observaron con probabilidades iguales o mayores a 0.5 de presentarse como antecedentes de la conducta de los niños de *toma bocado*. En las columnas que tienen la letra “C” se encuentran las nomenclaturas de las conductas de los cuidadores y enseguida en las columnas con letra “p” se muestra el valor de la probabilidad que tienen de aparecer como antecedente. De igual manera se muestran los retardos (1, 2 y 3) lo referente a las conductas de los cuidadores que tuvieron probabilidades altas de presentarse como consecuentes. Las secuencias conductuales se ordenaron conforme a las probabilidades condicionales que presentaron las conductas. Donde 1 es la mayor probabilidad posible ya que significa, en el caso de los antecedentes, que de todas las veces que cuidador emitió alguna conducta en particular, el niño posteriormente tomó bocado y en caso de los consecuentes que siempre después de que el niño tomara bocado esa conducta fue emitida por cuidador a conducta en particular. Que siempre que el niño tomara bocado el niño emitió una conducta en particular.

La Tabla 4 muestra las secuencias conductuales identificadas en la diada uno. Se puede observar que la secuencia conductual más larga de esta diada abarca desde los dos retardos antes hasta los dos retardos después respecto a la conducta de *toma bocado del niño* y que en la mayoría de los retardos la conducta que aparece es *come junto con el niño*, únicamente el retardo antecedente dos la conducta puede variar a *indica que comer*.

Tabla 4. Secuencias conductuales de la diada 1.

Diada	Retardos antes						Retardos después						
	3		2		1		1		2		3		
	C	p	C	p	C	P	C	p	C	p	C	P	
1			IQ	0.6	CJ	0.56	TO	CJ	0.56	CJ	0.61		
			CJ	0.5			BO						

Nota: La letra *C* se refiere a las conductas de los cuidadores y la *p* a las probabilidades condicionales. CJ es come junto con el niño e IQ indica que comer. La conducta del niño es toma bocado representado por las iniciales TOBO.

En la tabla 5 se muestran las secuencias conductuales de la diada dos. Se puede observar que la secuencia más probable tiene conductas en todos los retardos antecedentes y consecuentes con respecto a la conducta de *toma bocado*. La conducta *indica qué comer* es la única que aparece como consecuente inmediato, hay una mayor variabilidad de conductas en el tercer retardo consecuente.

Tabla 5. Secuencias conductuales de la diada 2.

Diada	Retardos antes						Retardos después					
	3		2		1		1		2		3	
	C	p	C	p	C	P	C	p	C	p	C	P
2	FC	1	IQ	0.6	OR	1	IQ	0.56	INT	0.63	RA	1
	FI	0.8	OO	0.6	IQ	0.67	TO		IPE	0.56	IPE	0.83
	IC	0.7			RA	0.6	BO				OO	0.75
	OO	0.6			IC	0.5					IQ	0.5
											IC	0.5

Nota: La letra *C* se refiere a las conductas de los cuidadores y *p* a las probabilidades condicionales. FC es fomenta la competición; IQ indica que comer; OR ordena comer; INT indaga término del periodo de alimentación; RA da razones de porque debe comer; FI facilita la ingesta de un alimento; OO ofrece otro alimento; IPE indaga percepción del alimento e IC indica como alimentarse. La conducta del niño es toma bocado representado por las iniciales TOBO.

Las secuencias conductuales de la diada tres en su mayoría están compuestas por conductas relacionadas con *indicaciones* y *órdenes* (ver Tabla 6).

Tabla 6. Secuencias conductuales de la diada 3

Diada	Retardos antes						Retardos después					
	3		2		1		1		2		3	
	C	p	C	p	C	P	C	p	C	p	C	p
3	IQ	1	OA	1	IQ	1	OA	1	DA	0.57	IQ	0.75
	OI	1	IQ	0.83	OA	0.75	TO	INT	0.8		INT	0.7
	OR	0.83	OR	0.75			BO	OI	0.57		OI	0.6
	DA	0.55	DA	0.5							OR	0.57
											DA	0.5

Nota: La letra *C* se refiere a las conductas de los cuidadores y la *p* a las probabilidades condicionales. IQ indica que comer; OA ordena acabarse el alimento; DA da alimento; OI orden indirecta; INT indaga término del periodo de alimentación y OR ordena comer La conducta del niño es toma bocado representado por las iniciales TOBO.

En la diada cuatro se observa que cada retardo antecedente tiene cuatro conductas distintas con probabilidades de ocurrir y en cada retardo consecuente cinco conductas probables, de tal manera que pueden conformarse mayor cantidad de secuencias conductuales más largas en esta diada (ver Tabla 7).

Tabla 7. Secuencias conductuales de la diada 4.

Diada	Retardos antes						Retardos después						
	3		2		1		1		2		3		
	C	P	C	p	C	P	C	p	C	p	C	p	
4	CJ	0.84	IC	1	CR	1	IC	1	OO	1	SIP	1	
	IC	0.8	CJ	0.84	CJ	0.87	TO	OO	1	IC	0.91	IC	0.89
	SIP	0.8	DA	0.6	SIP	0.78	BO	CJ	0.87	SIP	0.86	DA	0.83
	DA	0.71	SIP	0.6	IC	0.5		SIP	0.75	CJ	0.81	CJ	0.83
								DA	0.54	INT	0.8	OO	0.75

Nota: La letra C se refiere a las conductas de los cuidadores y la p a las probabilidades condicionales. CJ es come junto con el niño; IC indica como alimentarse; CR critica la forma de comer del niño; OO ofrece otro alimento; SIP se sirve sus alimentos; DA da alimento e INT indaga término del periodo de alimentación. Las conductas del niño son toma bocado representado por las iniciales TOBO.

Como se puede observar en la Tabla 8 las secuencias conductuales de esta diada varían de entre cinco a ocho conductas probables de ocurrir en cada uno de los retardos, tanto antecedentes como consecuentes, siendo una de las diadas que presentó mayor variabilidad conductual en sus secuencias.

Tabla 8. Secuencias conductuales de la diada 5

Diada	Retardos antes						Retardos después					
	3		2		1		1		2		3	
	C	p	C	P	C	P	C	p	C	p	C	p
5	OM	1	CJ	0.76	OR	1	IQ	1	OR	1	SIP	1
	IQ	0.86	IQ	0.73	OA	0.75	OM	1	OI	1	CJ	0.86
	DA	0.86	IC	0.7	CJ	0.72	CJ	0.76	CJ	0.78	OR	0.83
	CJ	0.78	OI	0.64	IC	0.67	OR	0.75	IC	0.78	IC	0.78
	IC	0.73	RCO	0.6	RCO	0.67	IC	0.71	IPE	0.75	DA	0.75
	RCO	0.6			IQ	0.5	IPE	0.5			IQ	0.67
	PE	0.6			OI	0.5	RCO	0.5			OI	0.6
					PE	0.5					IPE	0.5

Nota: La letra C se refiere a las conductas de los cuidadores y la p a las probabilidades condicionales. OM es ofrece más alimento; CJ come junto con el niño; OR ordena comer; IQ indica que comer; SIP se sirve sus alimentos; OA ordena acabarse el alimento; OI orden indirecta; DA da alimento; IC indica como alimentarse; OR ordena comer; RCO resalta características organolépticas de los alimentos; IPE indaga percepción de los alimentos y PE permite elegir alimento. La conducta del niño es toma bocado representado por las iniciales TOBO.

Las secuencias conductuales de la diada 6 están conformadas por cinco conductas: *da alimento*, *critica la forma de comer del niño*, *come junto con el niño*, *indica qué comer e indica cómo alimentarse*, las cuales van variando en los diferentes retardos y de hecho están presentes en su secuencia más probable (ver Tabla 9).

Tabla 9. Secuencias conductuales de la diada 6.

Diada	Retardos antes						Retardos después						
	3		2		1		1		2		3		
	C	p	C	P	C	p	C	p	C	p	C	p	
6	DA	1	CR	1	CJ	0.88	CJ	0.86	IQ	1	IC	1	
	CR	0.86	IQ	0.8	IC	0.75	TO	IQ	0.75	CR	1	IQ	0.8
	IC	0.86	CJ	0.7	IQ	0.67	BO		CJ	0.84	CJ	0.78	
	IQ	0.76	IC	0.67	DA	0.67			IC	0.75			
	CJ	0.71			CR	0.67							

Nota: La letra *C* se refiere a las conductas de los cuidadores y la *p* a las probabilidades condicionales. DA da alimento; CR critica la forma de comer del niño; CJ come junto con el niño; IQ indica que comer e IC indica como alimentarse. La conducta del niño es toma bocado representado por las iniciales TOBO.

En la Tabla 10 se muestran las secuencias conductuales de la diada siete. De manera particular esta diada fue la única que presentó conductas relacionadas con *contenciones* en sus secuencias, dichas conductas aparecen tanto como antecedentes como consecuentes. De igual manera fue la única diada que no presentó conductas relacionadas con *indicaciones* en sus secuencias conductuales.

Tabla 10. Secuencias conductuales de la diada 7

Diada	Retardos antes						Retardos después						
	3		2		1		1		2		3		
	C	p	C	P	C	p	C	p	C	p	C	p	
7	DA	1	DA	0.8	DA	1	TO	OA	0.75	OA	0.8	OA	1
	OA	0.75	OA	0.75	CPO	0.57	BO	DA		CPO	0.8	INT	0.89
	INT	0.71	CPO	0.75					INT	0.67	CPO	0.6	
	CPO	0.57	CNE	0.75									

Nota: La letra *C* se refiere a las conductas de los cuidadores y la *p* a las probabilidades condicionales. DA da alimento; OA ordena acabarse el alimento; CPO realiza contención positiva de la ingesta de un alimento con otro alimento; INT indaga término del periodo de alimentación; CNE realiza contención negativa de la ingesta de un alimento con otro alimento. Las conductas del niño son toma bocado representado por las iniciales TOBO.

La mayoría de las secuencias conductuales identificadas en la diada ocho presentan en sus retardos antecedentes y consecuentes conductas ubicadas en la categoría control de la alimentación: *ordena comer*, *orden indirecta* y *amenaza* (ver Tabla 11). Esta diada fue otra de las que presentó mayor variabilidad conductual ya que cada uno de sus retardos tanto antecedentes como consecuentes tienen de cinco a siete conductas con probabilidad de ocurrir.

Tabla 11. Secuencias conductuales de la diada 8.

Diada	Retardos antes						Retardos después						
	3		2		1		1		2		3		
	C	P	C	p	C	p	C	p	C	p	C	p	
8	IC	0.92	OR	1	OR	1	OI	1	OR	1	IQ	1	
	OR	0.89	CJ	0.9	CJ	0.92	CJ	0.96	CJ	0.88	OI	1	
	AM	0.88	IC	0.9	IC	0.91	TO	IC	0.87	INT	0.78	AM	1
	CJ	0.83	OI	0.86	DA	0.83	BO	IQ	0.75	OI	0.75	CJ	0.9
	OI	0.83	AM	0.83	INT	0.56	INT	0.64	IC	0.71	IC	0.85	
	INT	0.6	INT	0.83			OR	0.6	DA	0.67	OR	0.75	
	DA	0.6	DA	0.8			DA	0.6			INT	0.56	

Nota: La letra *C* se refiere a las conductas de los cuidadores y la *p* a las probabilidades condicionales. IC indica como alimentarse; OR ordena comer; OI orden indirecta; IQ indica que comer, CJ come junto con el niño; AM amenaza; INT indaga término del periodo de alimentación y DA da alimento. La conducta del niño es toma bocado representado por las iniciales TOBO.

La diada nueve solo presentó una sola secuencia conductual relacionada con *toma bocado*, conformada únicamente por la conducta *indica cómo alimentarse* tanto en sus tres retardos antecedentes como en sus tres retardos consecuentes (ver Tabla 12).

Tabla 12. Secuencias conductuales de la diada 9.

Diada	Retardos antes						Retardos después						
	3		2		1		1		2		3		
	C	P	C	p	C	p	C	p	C	p	C	P	
9	IC	0.86	IC	1	IC	0.86	TO BO	IC	0.5	IC	0.67	IC	0.6

Nota: La letra *C* se refiere a las conductas de los cuidadores y la *p* a las probabilidades condicionales. IC indica como alimentarse. La conducta del niño es toma bocado representado por las iniciales TOBO.

Finalmente, en la Tabla 13 se muestran las secuencias conductuales de la diada diez. Se puede observar que cada uno de sus retardos muestra varias conductas con probabilidad de ocurrir (entre 4 y 7 conductas), siendo también una de las diadas con mayor variabilidad conductual.

Tabla 13. Secuencias conductuales de la diada 10.

Diada	Retardos antes						Retardos después						
	3		2		1		1		2		3		
	C	P	C	p	C	p	C	p	C	p	C	P	
10	SIP	1	SIP	1	IC	0.78	DA	1	OM	1	CJ	0.76	
	CJ	0.8	CR	1	CJ	0.77	SIP	0.86	IC	0.83	OR	0.73	
	IC	0.8	IC	0.82	OR	0.65	TO	IC	0.86	CJ	0.79	OI	0.71
	OI	0.8	CJ	0.8	CR	0.6	BO	CJ	0.8	SIP	0.75	CR	0.71
	CR	0.8	IQ	0.75				OR	0.74	IQ	0.71	IC	0.67
	OR	0.77	OR	0.72				OM	0.6	OR	0.68	SIP	0.6
	OM	0.6								CR	0.57		

Nota: La letra *C* se refiere a las conductas de los cuidadores y la *p* a las probabilidades condicionales. SIP se sirve sus alimentos; IC indica como alimentarse; DA da alimento; CR critica la forma de comer del niño; CJ come junto con el niño; OR ordena comer; OI orden indirecta; IQ indica que comer y OM ofrece más alimento. La conducta del niño es toma bocado representado por las iniciales TOBO.

De manera general se puede observar que las conductas que conforman las secuencias conductuales de cada diada varían en cuanto a tipo y cantidad. Las diadas uno y nueve mostraron la menor variación en cuanto al tipo de conducta en sus secuencias conductuales, con un rango de dos a tres de conductas diferentes (ver Tablas 4 y 12). Por su parte, las diadas cinco y diez son las que tienen mayor variedad conductual con 14 y 10 conductas diferentes respectivamente (ver Tablas 8 y 13). Estas últimas diadas junto con la cuatro y la ocho presentaron rangos de entre 4 y 7 conductas probables en todos los retardos (ver Tablas 7 y 11), lo cual implica que sus secuencias conductuales pueden ser más variables que las de aquellas diadas en las que se observó menor número de conductas de manera general o en alguno de sus retardos.

Una de las conductas que fue distintiva entre las diadas fue *come junto con el niño*. Seis cuidadores comieron con los niños en el mismo momento de alimentación (ver Tablas 4, 7, 8, 9, 11 y 13) lo cual por sí mismo representó un modelaje constante para los niños. La presencia de las conductas relacionadas con las ordenes (*ordena comer, ordena acabarse el alimento y orden indirecta*) están presentes en las secuencias de seis de las diadas (ver Tablas 5, 6, 8, 10, 11 y 13). Tres de las diadas que presentaron la conducta *comen junto con el niño* no presentan conductas relacionadas con órdenes (ver Tablas 1, 7 y 9), mientras que las diadas cinco y ocho que también presentaron la conducta de *come junto con el niño* en sus secuencias conductuales, tienen probabilidades más altas en conductas relacionadas con las órdenes que en la de *comer junto con el niño* (ver Tablas 8 y 11).

Finalmente, las conductas relacionadas con las indicaciones (*indica que comer, indica cómo alimentarse e indica probar un alimento*) están presentes en las secuencias conductuales de todas las diadas excepto en las de la diada siete (ver Tabla 10). Esta diada también fue la única que presentó *contenciones con alimento* (tanto positivas como negativas) dentro de sus secuencias.

6.6 Disposición e ingesta de alimentos.

En este apartado se reportan los datos obtenidos respecto a la ingesta alimentaria de los niños y la valoración de la calidad de las dietas. La Tabla 14 muestra la frecuencia con la que los cuidadores dispusieron los distintos grupos de alimentos recomendados en el plato del bien comer (NOM-043-SSA2-2005) a los niños, tomando en cuenta los cuatro días. Dado que los niños siempre ingirieron alguna cantidad o todo lo que se les servía, estos datos también representan la frecuencia con la que los niños consumieron estos alimentos durante los cuatro días.

Tabla 14. Frecuencia de días en que se dispusieron los distintos grupos de alimentos.

Diada	Verduras	Frutas	Leguminosas	Origen animal	Cereales
1	1	0	0	3	2
2	1	2	0	3	2
3	1	0	1	4	3
4	2	0	0	3	4
5	1	0	1	4	3
6	2	0	1	4	4
7	1	0	0	1	4
8	3	0	1	3	3
9	2	1	2	4	3
10	2	0	1	2	4

Nota: El número máximo de observaciones registradas fue de 4, por lo que indica la mayor frecuencia posible. Los grupos de alimento están categorizados de acuerdo con el plato del bien comer (NOM-043-SSA2-2005).

Se puede observar que los alimentos de origen animal y cereales predominan en todas las diadas, de cada uno de estos grupos de alimentos hubo cuatro diadas que los presentaron en las cuatro ocasiones que fueron observadas. Por el contrario, las frutas y leguminosas tienen frecuencias de cero en ocho y cuatro diadas, respectivamente, lo cual implica que nunca las consumieron durante el estudio. Por su parte, las verduras se ofrecieron a todas las diadas en un rango de 1 a 3 ocasiones.

Se identificaron 12 combinaciones de grupos de alimentos a partir de los menús que los cuidadores les sirvieron a los niños. Dichas combinaciones van desde los

cuatro grupos de alimentos hasta uno solo. En la Tabla 15 se reporta la frecuencia con las que fueron servidas las diferentes combinaciones de alimentos a los niños.

Tabla 15. Combinaciones de los tipos de alimentos que los cuidadores dispusieron a los niños.

Diada	VE	VE	FR	LE	VE	OA	VE	VE	FR	LE	LE	CE	OA
	LE	OA	OA	OA	LE	CE	OA	CE	OA	OA	CE		
	OA	CE ^a	CE ^a	CE	OA								
Frecuencia													
1		1										1	2
2			1				1		1			1	
3				1		2	1						
4		1				2		1					
5		1				2				1			
6		1		1		2							
7		1											3
8		2			1								1
9	1		1	1			1						
10		1				1		1			1		
Total	1	8	2	3	1	9	3	2	1	1	1	6	2

Nota: Las combinaciones de alimentos están representadas por las iniciales de los grupos de alimentos donde: VE significa verduras, FR frutas, LE leguminosas, AO alimentos de origen animal y CE cereales.
^aCombinaciones recomendadas por el plato del bien comer (NOM-043-SSA2-2005).

Se puede observar que las combinaciones recomendadas por el plato del bien comer (NOM-043-SSA2-2005) solo fueron servidas en 11 ocasiones de las 40 observadas. Las diadas ocho y nueve recibieron este tipo de menús dos ocasiones cada una, la diada tres no recibió alguna de estas combinaciones ninguna vez y al resto de las diadas se los sirvieron en una sola una ocasión. Siete de las diez diadas tienen tres sesiones de alimentación en las que se les ofrecieron comidas con únicamente dos o un solo grupo de alimentos. De tales casos, a los niños de las diadas dos y siete les dispusieron un solo tipo de alimento en tres ocasiones. Por otro lado, solo los participantes seis, ocho y nueve tuvieron más de una ocasión combinaciones de tres grupos de alimentos. Al resto de los participantes solo se les ofrece en una ocasión.

Respecto a la cantidad de alimento que le fue servida a los niños y las cantidades que éstos ingirieron, en la Tabla 20 se muestran las kcal consumidas por los niños y el porcentaje que representan el IRD, calculado a partir del total de kcal recomendadas por la experta en nutrición para cada niño (entre 1300-1450 kcal). Adicionalmente, se muestran las cantidades (gr) servidas y las cantidades consumidas por los niños, así como la proporción de alimento consumido de lo servido.

Tabla 16. % de la IRD en kcal para la comida observada y proporción consumida de lo servido.

Diada	Día	Kcal consumidas	% de la IRD de kcal	ME	Servido (gr)	Consumido (gr)	% de proporción consumida
1	1	224	15.45	11.5	100	100	100
	2	249	17.17		113	113	100
	3	143	9.86		138	39	28.26
	4	51	3.52		180	39	21.67
2	1	232	17.85	11.1	149	149	100
	2	24	1.85		202	31	15.35
	3	227	17.46		95	80	84.21
	4	94	7.23		237	100	42.19
3	1	297	20.48	14.55	211	166	78.67
	2	345	23.79		149	149	100
	3	108	7.45		232	97	41.81
	4	94	6.48		104	62	59.62
4	1	182	12.55	17.24	246	246	100
	2	196	13.52		253	153	60.47
	3	354	24.41		293	253	86.35
	4	268	18.48		230	230	100
5	1	133	10.23	13.54	92	65	70.65
	2	229	17.62		104	104	100
	3	169	13.00		217	87	40.09
	4	173	13.31		201	99	49.25
6	1	296	22.77	19.69	166	166	100
	2	382	29.38		276	276	100
	3	130	10.00		59	59	100
	4	216	16.62		130	130	100
7	1	353	24.34	25.69	230	230	100
	2	267	18.41		120	16	13.33
	3	439	30.28		126	126	100
	4	431	29.72		124	124	100
8	1	472	32.55	34.29	458	267	58.30
	2	738	50.90		277	277	100
	3	277	19.10		219	219	100
	4	502	34.62		503	331	65.81
9	1	458	35.23	29.87	264	264	100
	2	437	33.62		224	224	100
	3	405	31.15		345	345	100
	4	253	19.46		191	191	100
10	1	173	11.93	25.21	140	62	44.29
	2	178	12.28		217	217	100
	3	739	50.97		279	279	100
	4	372	25.66		177	177	100

Tomando en cuenta que el porcentaje de la ingesta recomendada para esta comida señalado por la experta en nutrición pediátrica fue de entre 30 y 40%, se puede observar a partir de las medias obtenidas para cada participante, que solo la diada ocho se encuentra dentro de este porcentaje con un 34.29 %, seguido de los participantes nueve, siete y diez que se encuentran cercanos al 30%. El resto de los participantes

presentan una media por debajo del 20%. De manera particular se puede observar que en escasas sesiones individuales se alcanza a cubrir por lo menos el 30% de IRD. Sin embargo, en algunos casos la cantidad de alimento servida era totalmente consumida por los niños y aun así no se alcanzaba a cubrir lo recomendado. Por ejemplo, la diada uno en su primera sesión, el niño comió todo lo que le sirvió el cuidador y esto solo represento el 15.45 % del IRD, siendo así que los alimentos que estuvieron disponibles no eran suficientes para que el niño cubriera la ingesta recomendada.

Haciendo distinción entre los grupos de alimentos incluidos en el plato del bien comer (NOM-043-SSA2-2005), en la Tabla 17 se muestra el porcentaje del IRD de las porciones por grupo de alimento que representa lo consumido por los niños en cada sesión. De igual manera la recomendación nutricional es que cubra entre el 30% y 40% durante esta comida.

Tabla 17. % de IRD consumido por los niños por grupo de alimento.

Diada	Día	% IRD por tipo de alimento					
		Fruta	Verdura	Cereales	Leguminosas	Origen animal	Grasa
1	1					140	33
	2					157	33
	3			17		17	33
	4			12			
2	1			64			
	2	5				5	
	3		60			100	33
	4	8		12		30	7
3	1		50		130	27	33
	2			32		73	33
	3		40	3		53	
	4			12		33	
4	1		65	33			
	2		20	13		70	33
	3			48		80	33
	4			45		77	33
5	1			12		55	33
	2		40	16		80	33
	3			4		130	33
	4				100	10	33
6	1			32		115	33
	2		100	22		275	
	3			12		45	33
	4			40		10	33

Nota: Los espacios en blanco representa la no disposición de los alimentos y por lo tanto no se calculó la proporción de ingesta.

(continuación)

Tabla 22. % de IRD consumido por los niños por grupo de alimento (continuación)

Diada	Día	% IRD por tipo de alimento					Grasa
		Fruta	Verdura	Cereales	Leguminosas	Origen animal	
7	1		125	33		103	
	2			45			
	3			85			
	4			82			
8	1		55		100	113	33
	2		60	93		133	33
	3		45	30		37	33
	4		55	107			
9	1		20	32	60	170	33
	2			34	60	160	33
	3		220	14		345	
	4	15		22		105	33
10	1			15		37	33
	2		90	30			
	3		40	30		143	150
	4			52			33

Nota: Los espacios en blanco representa la no disposición de los alimentos y por lo tanto no se calculó la proporción de ingesta.

De manera general se puede observar que son muy pocos los alimentos que se encuentran dentro del rango del porcentaje esperado (30 % - 40 %). Si bien no se cuenta con el dato de la ingesta de los niños durante todo el día, lo cual nos impide valorar si se cubre la IRD por compensación con las otras comidas, aquellos porcentajes que están por arriba del 100% indican que durante esta comida los niños ya sobrepasaron la ingesta recomendada diaria de ese tipo de alimento en particular. Por ejemplo, todos los porcentajes de alimentos de origen animal en la diada nueve están por encima de 100%. Estos datos nos permiten ver que, la dieta de estos casos fue desequilibrada.

Capítulo VII Discusión

El objetivo de este trabajo fue describir el patrón de ingesta y la calidad de la dieta de los niños en función de las conductas emitidas por los cuidadores en los momentos de alimentación. Este estudio fue descriptivo y se basó en una metodología observacional la cual permitió describir las secuencias conductuales entre las conductas de los cuidadores y los niños, así como describir la ingesta alimentaria de los niños y la calidad de su dieta, ambas cuestiones con respecto a los tipos y cantidades de alimentos.

De manera general, los resultados de esta investigación dan a conocer las secuencias conductuales entre las conductas de los cuidadores y la ingesta alimentaria de los niños, las cuales pudieran dar cuenta de las contingencias que hacen que se mantengan determinadas conductas en la interacción de las diadas. Dichas secuencias quedaron conformadas en relación a la ingesta de los niños debido a que la conducta *toma bocado* fue la única que apareció junto con diversas conductas de los cuidadores. Por otro lado, las secuencias conductuales observadas y descirtas representan un primer acercamiento para la operacionalizar, a través del análisis funcional, las prácticas parentales alimentarias. Se identificó que describirlas bajo este tipo de análisis, en lugar de solo caracterizarlas con conductas en aislado, favorece la comprensión de cómo dichas prácticas están manteniendo conductas de los niños relacionadas con la alimentación. Finalmente, en torno a la dieta de los niños se encontró que la mayoría de los menús no cumplieron con los estándares recomendados por la NOM-043-SSA2-2005, y que la ingesta del 90% de las diadas estuvo por debajo del porcentaje esperado con respecto al IRD que debería cubrir entre un 30% - 40% para la comida observada.

Un elemento importante para la realización de este trabajo fue la elaboración del catálogo conductual para los cuidadores y los niños. La falta de consenso en las definiciones y la carencia de operacionalizaciones conductuales de las prácticas parentales alimentaras, fue uno de los motivos principales por lo que se optó por elaborar un catálogo conductual en el que se incluyeron y operacionlizaron conductas que fueron observadas directamente, a partir de videos de niños en ajenos a la muestra, en los momentos de alimentación. Se cuidó que las categorías de dicho catálogo fueran

exhaustivas y mutuamente excluyentes integrando todas aquellas conductas que fueron identificadas con posibilidad de ocurrir. Aun y cuando durante la observación de los videos propios del estudio, algunas de las conductas incluidas no hayan tenido altas frecuencias o hayan presentado altas probabilidades condicionales, incluirlas permitió corroborar que de hecho son poco frecuentes o no se presentaron, tales como: *limita la cantidad de alimento ya consumido, pregunta si necesita apoyo utiliza a otro como modelo, resalta propiedades nutricionales de los alimentos*, entre otras tantas.

Después del trabajo realizado, se identifica que la categorización que se hizo en el catálogo puede ser mejorable en cuanto a la inclusión y clasificación de las conductas. Por ejemplo, la conducta de los niños *toma bocado* fue incluida en la categoría “se involucra en su alimentación”, sin embargo, a partir de lo observado se identifica que es una conducta que pudo haberse agregado en la categoría de “aceptación de alimento” dado que se relacionó con diversas conductas de los cuidadores que aparecieron como antecedentes inmediatos a que los niños ingirieran alimento. Aun así, la categorización no impidió que las secuencias conductuales estuvieran conformadas por cualquier conducta que estuviera incluida en el catálogo, pues una de las ventajas de éste, fue que se registraba por conductas y no por categorías. Se considera que, como un primer acercamiento, el catálogo conductual elaborado cumplió con su propósito, el cual fue que permitiera observar y registrar la mayor cantidad de conductas posibles que estuvieran relacionadas con la interacción de los cuidadores y los niños en torno a la alimentación.

Al respecto de la ingesta de los niños en relación a las secuencias conductuales que fueron observadas y más probables de ocurrir dentro de su interacción se observó lo siguiente. En cuanto a las conductas relacionadas con las ordenes (*ordena comer, ordena acabarse el alimento y orden indirecta*), de las seis diadas que tuvieron asociación entre éstas y la ingesta de los niños, tres de ellas, las diadas dos, tres y cinco se comieron todos los alimentos solo en una ocasión de las cuatro observadas.

En las secuencias conductuales de la diada dos se puede observar que la conducta antecedente inmediata a *toma bocado* es *ordena comer* y la conducta consecuente inmediata es *indica qué comer*, de hecho, es la única conducta consecuente inmediata, dado que la mayoría de las conductas consecuentes se

presentan hasta el tercer retardo. La diferencia entre la conducta antecedente y consecuente es que, en la segunda, el cuidador es más específico en cuanto a lo que le solicita al niño, pues le indica qué alimento debe comer concretamente. La diada tres tiene secuencias conductuales que mayormente están formadas por conductas que varían entre *indicaciones* y *órdenes*, tanto antecedentes como consecuentes, el cuidador no modifica su conducta en relación a la conducta de ingesta del niño, de hecho, de las otras conductas que se observaron en sus secuencias no hay alguna que responda o haga referencia a la ingesta de alimento por parte del niño. Finalmente, en la diada cinco, aunque las *órdenes* mantienen las probabilidades más altas, se puede distinguir en sus conductas consecuentes la presencia de una conducta que sí responde a la ingesta del niño, la cual fue *indaga percepción de los alimentos*.

En los casos antes mencionados, las conductas antecedentes y consecuentes de los cuidadores que presentaron las más altas probabilidades, es decir, las *órdenes*, no responden a la conducta de ingesta de alimento por parte de los niños, en el sentido de que no varían. Las secuencias conductuales observadas en las interacciones de estas diadas están manteniendo este tipo de conductas de los cuidadores, pues los niños están respondiendo a éstas al tomar bocado. Lo que parece poco claro es cuáles son las consecuencias de la conducta de los niños al no haber variación en la conducta consecuente que emiten los cuidadores, lo cual dificulta reconocer qué es lo que está manteniendo la conducta de los niños de ingerir alimento. Aunque resulta interesante, en los casos de estos niños en particular (diadas dos, tres y cinco), si bien tomaban bocado en respuesta a las órdenes de los cuidadores, se observó que solo en una ocasión se comieron todos los alimentos que les sirvieron.

Ahora bien, respecto a la dieta de estas diadas, se observó que fue insuficiente, muy poco variada y desequilibrada. Las diadas dos y cinco solo en una ocasión de las cuatro observadas recibieron menús que cumplieron con los parámetros establecidos por la NOM-043-SSA2-2005, es decir, que por lo menos incluyeran tres de los grupos de alimentos que se señalan en esta norma. Además de esto, los niños de estas diadas tuvieron una ingesta promedio de entre el 11 y 14% del IRD, lo cual representa apenas una ingesta que se acerca a la mitad del porcentaje esperado (30%-40%). Por su parte, el niño de la diada tres no recibió en ninguna ocasión un menú que cumpliera con los

parámetros antes descritos y su ingesta promedio fue de 14.55%. Este niño solo se comió todos los alimentos que le sirvieron en una ocasión y el resto de las veces comió entre un 40% y 80% de lo servido. Estos datos indican que fue el niño que tuvo las dietas de menor calidad en cuanto a variedad, suficiencia y equilibrio, además de que las conductas del cuidador no promovieron que el niño ingiriera lo que le fue servido.

Del resto de las diadas que presentan *órdenes* en sus secuencias conductuales, hubo dos de ellas que se comieron todos los alimentos en tres ocasiones. Una de estas diadas fue la número siete, en la cual se puede observar una clara diferencia en relación a las diadas anteriores y es que en su secuencia más probable la conducta *da alimento* aparece en los tres retardos antecedentes y *ordena acabarse el alimento* en los tres retardos consecuentes, lo cual implica que el cuidador modificó su conducta en función a la ingesta del niño, es decir, no mantuvo las mismas conductas tanto antes como después de que el niño tomara bocado. Tal contraste podría estar relacionado con la diferencia que presenta este niño en su ingesta en comparación con los niños que también tienen conductas de *órdenes* en sus secuencias conductuales, pero que tienen mayor probabilidad de ocurrir tanto inmediatamente antes como después de su ingesta.

Un caso similar ocurre con el niño de la diada diez quien comió todos los alimentos en tres ocasiones, y quien también presenta conductas de *órdenes* en sus secuencias conductuales tanto como antecedentes como consecuentes. Sin embargo, además de que las *órdenes* no tienen las mayores probabilidades de ocurrir, se observa claramente que las conductas antecedentes de las secuencias son distintas de las conductas consecuentes, por ejemplo, la secuencia más probable de esta diada es la siguiente: *se sirve sus propios alimentos- se sirve sus propios alimentos- indica cómo alimentarse- toma bocado- da alimento- ofrece más alimento- come junto con el niño*, siendo así que este cuidador también modifica su conducta en función a la ingesta del niño.

Respecto a la calidad de las dietas de estas diadas, se observó que el niño de la diada siete tuvo una de las dietas menos variadas, pues en tres de las cuatro ocasiones en que fue observado se le sirvieron solo alimentos del grupo de cereales. Aunque la ingesta promedio de este niño respecto al %IRD fue de un 25.69%, que se acerca al

porcentaje esperado, dicha ingesta fue a partir de menús desequilibrados. Por su parte el niño de la diada diez tuvo una ingesta promedio de 25.21%, pero, de igual manera, solo en una ocasión recibió un menú que cumpliera con las recomendaciones señaladas por la NOM-043-SSA2-2005.

Hasta ahora se ha discutido en torno a las diadas en las que se observaron conductas relacionadas con las *órdenes* en sus secuencias conductuales. Dentro de las diadas en las que no se observaron este tipo de conductas se encuentran las dos únicas niñas que se comieron todos los alimentos que les fueron servidos en todas las ocasiones. Una de ellas es la de la diada nueve, en la cual solo hubo una secuencia conductual, caracterizada por una sola conducta, *indica cómo alimentarse*, que se presentó tanto como antecedente como consecuente de la conducta *toma bocado*. A esta niña se le ofrecieron en dos ocasiones menús recomendados por la NOM-043-SSA2-2005, siendo así quien tuvo una de las dietas mejor equilibradas, variada y completa en comparación con el resto de los niños. La media de la ingesta de esta participante fue de un 29.87% con respecto al % IRD, estando prácticamente dentro del porcentaje esperado (30%-40%). La otra niña que comió en todas las ocasiones todos los alimentos y no presentó conductas de *órdenes* en sus secuencias conductuales fue la de la diada seis. Cabe señalar que dicha participante solo recibió menús recomendados en una sola sesión y su media de ingesta en relación al %IRD fue de 19.69%, lo cual implica que el cuidador no dispuso la cantidad y variedad de alimento suficiente para que la niña tuviera una dieta correcta, pues la niña se comió todo, en todas las ocasiones y aun así no cubrió la ingesta recomendada.

Finalmente, un punto de análisis y discusión que se contempló dentro de esta investigación fue la clara falta de consenso y carencia de operacionalizaciones conductuales en las definiciones de las prácticas parentales alimentarias. A partir de lo observado se propone que a través del análisis funcional de las secuencias conductuales entre las conductas de los cuidadores y los niños pueden operacionalizarse dichas prácticas. A continuación, se retomará la propuesta realizada por Vaughn et al. (2016) en la que se clasifican y describen diversas prácticas parentales alimentarias (las cuales igualmente no son del todo claras en cuanto a su

definición operacional) y a través de las secuencias conductuales observadas en las diadas se ejemplificará cómo éstas podrían describir las operacionalmente.

El constructo de Estructura incluye las prácticas de *reglas y límites, opciones limitadas o guiadas, monitoreo, rutinas de comida y merienda, modelado, disponibilidad y accesibilidad de alimentos y preparación de alimentos* (Vaughn et al., 2016) las cuales pueden tener como descriptoras secuencias conductuales que incluyan algunas de las conductas que se relacionaron con la ingesta de los niños en este estudio como: *come junto con el niño, se sirve sus alimentos, indica qué comer, indica cómo alimentarse, facilita la ingesta de un alimento, ofrece más alimento, ofrece otro alimento, da alimento, permite elegir entre dos o más tipos de alimentos.*

Por otro lado, las conductas de *ordena comer, ordena acabarse el alimento, orden indirecta y amenaza*, que también se relacionaron con la ingesta de seis de los niños observados, pueden formar parte de secuencias conductuales que describan prácticas que han sido señaladas como coercitivas como la *presión para comer, amenazas y sobornos* (Vaughn et al., 2016). Por ejemplo, la secuencia conductual más probable de la diada ocho podría hacer referencia a la práctica de presión para comer, ya que a partir del segundo retardo antes de *toma bocado* y hasta el segundo retardo consecuente, la secuencia es *ordena comer- ordena comer- toma bocado- orden indirecta- ordena comer*. La conducta del cuidador posterior a que el niño ingiera alimento no se modifica, es decir, que continúa ordenando, aunque el niño ya ha acatado la orden. En dicha secuencia no es clara la consecuencia de la conducta de ingesta del niño. Lo que sí puede observarse con mayor claridad es la consecuencia de la conducta del cuidador, la cual es que el niño tome bocado. En este caso la conducta del cuidador es la que está siendo reforzada y está siendo mantenida por el tipo de interacción que se observa en la secuencia.

En esta diada en particular, como ya se mencionó, se podría describir la práctica de presión para comer, en tanto las conductas de *órdenes* son observadas con altas probabilidades tanto antes como después de la ingesta del niño. Al respecto, se ha reportado que el uso de esta práctica promueve el comer en ausencia de hambre en varones (Harris et al., 2014), que cuando los niños no son presionados para comer consumen significativamente más comida que cuando son presionados (Galloway et

al., 2006); o bien, que dicha práctica se puede asociar tanto con el cumplimiento como con la negativa para comer (Orrell-Valente et al., 2007). Lo encontrado en esta investigación coincidiría en parte con lo señalado por Galloway et al. (2006) ya que de las seis diadas que presentan ordenes en sus secuencias conductuales, tres comieron todos los alimentos en una sola ocasión y son aquellas diadas que presentaron las *órdenes* con las más altas probabilidades tanto antes como después de la ingesta de los niños. Además, un elemento que es importante resaltar es que dentro de las cuatro diadas que no presentaron *órdenes* en sus secuencias conductuales, se encuentran las dos únicas diadas que consumieron todos los alimentos en las cuatro ocasiones en las que fueron observadas.

Finalmente, con respecto a las prácticas que han sido catalogadas como coercitivas, una de las que fue analizada a lo largo de este trabajo fue la restricción. En la categorización conductual que se propuso también se tomaron en cuenta conductas que pudieran describirla. Sin embargo, tales conductas se observaron esporádicamente en los cuidadores (una o dos veces) durante todo el estudio. Dicha situación pudo deberse a que los cuidadores disponían solo aquellos alimentos que esperaban que los niños consumieran, por lo que no era necesario hacer restricciones. Por lo general, se suelen restringir aquellos alimentos que son altos en azúcar o grasa y que son reconocidos como poco saludables (Birch & Fisher, 1998). Ninguno de los cuidadores dispuso alimentos que luego le impidiera al niño consumir. En este sentido se podría hablar de una restricción indirecta y no coercitiva como la que señalaban Vaughn et al. (2016), donde los padres controlan la disponibilidad de ciertos alimentos o bien, limitan las opciones a las que tiene acceso el niño.

Para las prácticas de *educación nutricional, participación infantil, animar, elogiar, razonamiento y negociación* ubicadas dentro del constructo Apoyo a la autonomía (Vaughn et al., 2016), las secuencias conductuales que incluyan conductas como *da razones de porqué debe comer, indica probar un alimento, contención positiva de la ingesta de alimentos con otro alimento y contención negativa de la ingesta de alimentos con otro alimento* pueden ayudar a definir las. Por ejemplo, en las secuencias conductuales de la diada dos, se observan que algunas de las conductas antecedentes del cuidador son *da razones de porqué debe comer, ofrece otro alimento*

o *indica qué comer*, y una de las conductas consecuentes es *indaga percepción del alimento*, una secuencia en ese orden podría operacionalizar prácticas como el *razonamiento* o *animar*, donde además sería claro que la conducta consecuyente por parte del cuidador sí estaría respondiendo a la conducta de ingesta del niño.

Continuando con los ejemplos de operacionalización conductual de las prácticas de Apoyo a la autonomía, se observa un caso particular con las conductas de *contenciones*. En este trabajo se proponen dichas conductas como parte de la práctica de *negociación*, la cual de acuerdo con Vaughn et al. (2016) hace referencia a una discusión de ida y vuelta entre el cuidador y el niño, para llegar a acuerdos en cuanto a la cantidad o tipo de alimento que comerá el niño.

Si bien las *contenciones* tienen una definición que se asemeja más a una práctica que ha sido denominada uso instrumental de los alimentos (Musher-Eizenman & Holub, 2007; Wardle et al., 2002), recompensa con alimento (Orrel-Valente et al., 2007) o amenazas y sobornos basados en alimentos, integrada dentro del constructo de Control coercitivo (Vaughn et al., 2016), en dicho constructo se señala que las prácticas que lo componen tienen como propósito imponer los objetivos de los padres sobre la alimentación de los niños. Pero, atendiendo a las definiciones de estas prácticas (uso instrumental de los alimentos, recompensa con alimento y amenazas y sobornos basados en alimentos), esencialmente mencionan que existe un diálogo con el niño en el que se le propone un intercambio, el cual puede aceptar o no. Siendo así que el niño se vuelve también activo y no está únicamente a disposición de lo que imponga el cuidador.

En este sentido, una secuencia conductual que incluya las *contenciones* como antecedentes y como consecuentes conductas como *elogiar* o *concede un alimento a cambio de la ingesta de otro alimento*, podrían operacionalizar la práctica de *negociación*. El cuidador de la diada siete fue el único que realizó *contenciones* positivas y negativas con alimentos tanto como conductas antecedentes y consecuentes en relación a la ingesta del niño. Sin embargo, las secuencias conductuales de esta diada no incluyen conductas consecuentes que hagan referencia a la ingesta de alimento por parte del niño, sino que varían entre *órdenes* y *contenciones*, lo cual pone

de relieve la importancia de entender la práctica a partir de secuencias conductuales y no de conductas en aislado.

Estudiar y analizar la conducta alimentaria infantil, conlleva necesariamente atender al papel que juegan los cuidadores, ya que son ellos quienes toman las decisiones respecto a qué, cuánto y cómo deben de comer. Por un lado, se ha señalado que los padres buscan proporcionarles una adecuada nutrición a sus hijos y por ello les dan la cantidad y tipo de alimentos que consideran suficientes y necesarios (Castrillón & Giraldo, 2015). Sin embargo, conforme a lo encontrado en este trabajo, se observó que en la mayoría de las ocasiones los cuidadores no disponen los alimentos suficientes ni necesarios para que los niños tengan una dieta adecuada. De acuerdo con la NOM -043-SSA2-2005 una dieta correcta es aquella que es 1) variada, es decir, que incluye alimentos de cada grupo en cada comida; 2) suficiente, para que cubra las necesidades nutricionales del niño; y 3) equilibrada, en cuanto a que las proporciones de los nutrimentos sean las adecuadas.

La experta en nutrición que participó en este trabajo señaló dentro de un análisis cualitativo de las dietas, que todas fueron incompletas, ya que no se incluían variedad de alimentos; insuficientes, pues no cubrían el porcentaje de energía recomendado para la comida; y desequilibradas en cuanto a las porciones. Lo anterior resulta contrario a lo que se ha propuesto como objetivo alimentario de los padres de acuerdo con la literatura (Castrillón & Giraldo, 2015). En este sentido, y dado que no fue un dato que se indagó con los cuidadores participantes, se desconoce si se planteaban como objetivos alimentar de forma saludable a los niños, o bien, si existe un desconocimiento por parte de ellos respecto a los parámetros necesarios a seguir para que sus hijos mantengan una alimentación saludable, como, por ejemplo, reconocer el plato del bien comer y facilitar la variedad y cantidad de alimento que ahí se recomiendan.

Las formas de interacción que establecen los cuidadores con los niños en los momentos de alimentación, así como la disponibilidad y cantidad de los tipos de alimentos que dan, promueven el aprendizaje en los niños respecto a qué, cuánto, cuándo y cómo deben comer. Saavedra & Dattilo (2012) señalaron que el aprendizaje de los niños en torno a la alimentación depende principalmente del tipo de prácticas

que utilizan los padres, las cuales pueden ser “apropiadas” o “no apropiadas”, dependiendo de si les permiten a los niños alimentarse de manera adecuada. Sin embargo, como se discutió a lo largo de este trabajo, dichas connotaciones no han sido del todo confirmadas por la evidencia empírica, lo cual pudiera estar guardando relación con lo que se ha señalado respecto a las inconsistencias identificadas en cuanto al uso de terminología y claridad en las definiciones de dichas prácticas, así como también una ausencia de descripciones operacionales que las identifiquen conductualmente (Vaughn et al., 2016; González-Torres, Esqueda et al., 2018)

Los niños aprenden a comer conforme van integrando habilidades motoras, características de los alimentos, información de terceros y señales ambientales que rodean la alimentación. Los cuidadores establecen rutinas y reglas respecto a la hora de comer, modelan conductas que promueven comportamientos que pueden favorecer o perjudicar la forma en cómo se alimentan los niños, constituyendo patrones de conductas y preferencias alimentarias saludables o poco saludables (Black & Creed-Kanashiro, 2012). Con base en lo observado, los niños que participaron en la presente investigación, por un lado, no están teniendo acceso a la variedad de alimentos que sería necesaria para que aprendieran a combinar los platillos de forma que les permitieran tener una alimentación variada y equilibrada y, por otro lado, las conductas que realizan los cuidadores tampoco favorecen que los niños adquieran este tipo de aprendizaje. En su mayoría, pareciera que se están centrado en que los niños ingieran alimentos y no en que aprendan algo respecto a ellos, pues los cuidadores dialogaban esporádicamente con los niños respecto a los alimentos o su alimentación, como, por ejemplo, resaltar *características organolépticas o nutricionales de los alimentos, elogiarlos* por su ingesta o *indagar sobre su percepción de los alimentos*, la mayoría de sus conductas estuvieron centradas en *indicaciones y órdenes* para comer.

Se ha señalado que las conductas y patrones alimentarios se adquieren a través de la experiencia directa con los alimentos en conjunto con el ambiente donde se presentan modelos de imitación, los cuidadores, quienes transmiten formas de interactuar y de responder a determinados alimentos por medio de su propio comportamiento y realizando acciones que influyen en el aprendizaje de hábitos alimentarios y, por ende, en la forma en cómo los niños regulan su ingesta (Castrillon

& Giraldo, 2014; Domínguez & Olivares, 2008). Por ello, resulta relevante analizar qué hacen los cuidadores cuando alimentan a los niños, ya que de esto depende el aprendizaje que éstos adquieren en torno a la alimentación desde etapas tempranas y que probablemente se mantengan a lo largo de la vida.



Conclusión.

La alimentación es una necesidad básica para vivir. Por ello, la conducta alimentaria está presente desde el nacimiento y durante toda la vida. Inicialmente, se depende de otros que faciliten la obtención e ingesta de alimentos, generalmente suelen ser los padres o cuidadores quienes se hacen cargo de esto. Los momentos de alimentación forman parte de la vida cotidiana de los cuidadores y los niños, en los cuales se van estableciendo formas particulares de interacción. Los cuidadores disponen los alimentos y emplean estrategias para alimentar a los niños con las cuales favorecen en ellos el aprendizaje respecto a qué, cuánto y cómo deben alimentarse. Los cuidadores pueden favorecer o no que los niños mantengan una alimentación que les permita alcanzar una adecuada nutrición, siendo así que la sola autorregulación alimentaria de los niños no es la única que juega un papel en torno al equilibrio energético, sino que las señales del ambiente, en este caso las dadas por los cuidadores, también influirán y pueden hacerlo tanto de manera positiva como negativa.

El presente estudio fue exploratorio y realizado en ambiente natural, lo cual permitió observar de manera directa la interacción de los cuidadores y los niños en los momentos de alimentación. Se lograron identificar secuencias conductuales de cada una de las diadas. Dichas secuencias variaron en cada diada en cuanto al tipo y cantidad de conductas que las conformaron, algunos tuvieron más de tres posibles secuencias y hubo un cuidador en el que solo se observó una secuencia y con un solo tipo de conducta. Sin embargo, en cada diada se identificaron ciertas regularidades en las conductas que empleaban o que aparecían en sus secuencias conductuales, por ejemplo, los que *comían junto con el niño*, los que usaban *indicaciones* y aquéllos que empleaban *órdenes*.

Algunos de los cuidadores mantenían el uso de este tipo de conductas tanto como antecedentes como consecuentes de la conducta de ingesta del niño. Tal es el caso de la diada uno, donde tanto antes como después aparece la conducta del cuidador *come junto con el niño*, o en la diada ocho, donde los antecedentes y consecuentes eran *órdenes*. Sin embargo, se observaron cuidadores que mostraban conductas que eran diferentes en antecedentes y consecuentes como el caso de la diada siete y diez. Dichas diferencias parecen haber marcado una diferencia en torno a la ingesta, pues los niños

de la diada uno y ocho comieron menos en comparación que los de la diada siete y diez. Aunque la calidad de la dieta no haya sido la más correcta según los estándares de NOM-043-SSA2-2005, situación que fue totalmente dependiente de los cuidadores.

La identificación de que las secuencias conductuales podrían ser la clave para operacionalizar las prácticas parentales alimentarias, y no únicamente conductas en aislado, se considera una de las principales aportaciones de este trabajo. Dicha operacionalización permitiría consensuar la definición de estas prácticas, evaluarlas con mayor objetividad y tener una mejor comprensión de qué relación guardan con la ingesta alimentaria de los niños. Específicamente, se plantea que en las secuencias los cuidadores emitan conductas consecuentes particulares y que sean distintas a las conductas antecedentes. Un cuidador que se mantiene ordenando antes y después de que el niño ingiere alimentos, definitivamente está usando una práctica distinta al cuidador que indica qué comer al niño y después de que éste lo hace le elogia por su comportamiento.

Además de las conductas que realizan los cuidadores para alimentar a los niños, las cuales pueden favorecer su ingesta de alimentos, la disposición que de ellos hacen es un elemento esencial que forma parte de la interacción que éstos mantienen con los niños en torno a la alimentación. Si los niños no tienen acceso a una variedad y cantidad de alimentos que les permitan ir incorporando el aprendizaje en torno a cómo mantener una dieta correcta, dicho aprendizaje probablemente no se adquiera. Facilitar un alimentación variada, suficiente y equilibrada también forma parte de las prácticas empleadas por los cuidadores para alimentar a los niños y en este trabajo quedó evidenciado que la mayoría de los cuidadores no dispone los elementos necesarios para favorecer este tipo de alimentación.

A partir de los datos obtenidos, es posible identificar variables que pueden ser manipuladas con el fin de aclarar las relaciones aquí propuestas. Por ejemplo, pedirle al cuidador que disponga los tipos y cantidades de alimentos suficientes y variados que serían necesarios para que el niño pueda tener una dieta correcta y que mientras alimente al niño realice o emita conductas que hagan alusión a la aceptación de alimentos por parte del niño y, de esta manera, evaluar estrategias que favorezcan una ingesta mejor equilibrada.

Adicionalmente, la realización de estudios longitudinales arrojaría información respecto a los cambios en los patrones de ingesta y las estrategias empleadas por los cuidadores, así como del aprendizaje de hábitos alimentarios a través del tiempo, probablemente establecidos a partir de la interacción entre los cuidadores y los niños en los momentos de alimentación.

Limitaciones

Una de las principales limitaciones de este estudio fue que no se analizó la conducta alimentaria de aquellos cuidadores que comieron junto con el niño. Al respecto, se sugiere para próximos estudios recabar datos en torno a su ingesta, qué y cuánto comieron y cómo se relacionan con su propia alimentación.

Otra de las limitaciones fue la falta de información referente al conocimiento de los cuidadores en torno a las necesidades y recomendaciones nutricionales para los niños de estas edades. Conocer esta información podría corroborar o descartar que la baja calidad de las dietas ofrecidas por los cuidadores se debe a la falta de información sobre una adecuada alimentación.

Dada la naturaleza de este estudio, la cual consistió en realizar observación directa en ambiente natural, resulta imposible recabar datos de todos los momentos de alimentación de los niños ya que la metodología es inviable. Aunque sí podrían realizarse evaluaciones de por lo menos dos momentos de alimentación, o bien, pedirles a los participantes que registren su ingesta diaria durante los días que dure el estudio.

Referencias

- Ainuki, T. & Akamatsu, R. (2013). Development of the Child Mealtime Feeding Behavior Questionnaire. *ICAN: Infant, Child, & Adolescent Nutrition*, 5(1), 14-21. DOI: 10.1177/1941406412466673.
- Anderson, H. (1997). Hambre, apetito e ingesta alimentaria. En E. Ekhard & L. J. Filer (Eds), *Conocimientos actuales sobre nutrición* (pp. 15-21). Washington: OPS.
- Bakeman, R., Quera, V. (2011). *Sequential Analysis and Observational Methods for the Behavioral Sciences*. Cambridge: Cambridge University
DOI:9780521171816.
- Birch, L. L., & Fisher, J. O. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*, 101(Supplement 2), 539-549.
- Birch, L. L., Fisher, J. O., & Davison, K. K. (2003). 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. DOI: 10.1093/ajcn/78.2.215
- Birch, L. L., Fisher, J. O., Grimm-Thomas, K., Markey, C. N., Sawyer, R., & Johnson, S. L. (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(3), 201-210. DOI: 10.1006/appe.2001.0398
- Black, M. M., & Creed-Kanashiro, H. M. (2012). ¿Cómo alimentar a los niños?: La práctica de conductas alimentarias saludables desde la infancia. *Revista Peruana de medicina experimental y salud pública*, 29(3), 373-378.
- Blissett, J., Bennett, C., Donohoe, J., Rogers, S. y Higgs, S. (2012). Predicting successful introduction of novel fruit to preschool children. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 112(12), 1959-1967. DOI: 10.1016/j.jand.2012.08.014
- Brunstrom, J. M. (2007). Associative learning and the control of human dietary behavior. *Appetite*, 49(1), 268-271. DOI: 10.1016/j.appet.2006.11.007

- Campbell, K. J., Crawford, D. A., & Ball, K. (2006). Family food environment and dietary behaviors likely to promote fatness in 5–6 year-old children. *International journal of obesity*, 30(8), 1272. DOI: 10.1038/sj.ijo.0803266
- Cannon, W. B. (1932). *The wisdom of the body*. New York:Norton
- Castrillón, I. C., & Giraldo O. I. (2015). Prácticas de alimentación de los padres y conductas alimentarias en niños: ¿Existe información suficiente para el abordaje de los problemas de alimentación?. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(1), 57-74.
- Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2007). *Applied behavior analysis*. Ohio: Merrill.
- Domínguez, P. & Olivares, J. (2008). Influencia sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos latinoamericanos de nutrición*, 58(3), 249-255.
- Domjan, M. (2016). Antecedentes y justificación para el estudio del aprendizaje y la conducta. En M. Domjan, *Principios del aprendizaje y conducta* (pp. 1-24). México: Cengage Learning.
- Domjan, M. (2016). Condicionamiento instrumental: fundamentos. En M. Domjan, *Principios del aprendizaje y conducta* (pp. 121-152). México: Cengage Learning.
- Domjan, M. (2016). Control de la conducta por el estímulo. En M. Domjan, *Principios del aprendizaje y conducta* (pp. 211-244). México: Cengage Learning.
- Fisher, J. O. & Birch, L. L. (1999). Restricting access to palatable foods affects children's behavioral response, food selection, and intake. *The American journal of clinical nutrition*, 69(6), 1264-1272. DOI: 10.1093/ajcn/69.6.1264.
- Fisher, J. O. & Birch, L. L. (2002). Eating in the absence of hunger and overweight in girls from 5 to 7 y of age. *The American journal of clinical nutrition*, 76(1), 226-231. DOI: 10.1093/ajcn/76.1.226

- Francis, L. A., & Birch, L. L. (2005). Maternal influences on daughters' restrained eating behavior. *Health Psychology, 24*(6), 548. DOI: 10.1037/0278-6133.24.6.548
- Gabin, B., Camerino, O., Anguera, M.T., and Castañer, M. (2012). Lince: multiplatform sport analysis software. *Procedia - Social and Behavioral Sciences. 46*, 4692-4694. DOI:10.1016/j.sbspro.2012.06.32
- Galloway, A. T., Fiorito, L. M., Francis, L. A. y Birch, L. L. (2006). 'Finish your soup': Counterproductive effects of pressuring children to eat on intake and affect. *Appetite, 46*(3), 318-323. DOI: 10.1016/j.appet.2006.01.019
- García, C. J. G., & de Oca, D. V. M. (2015). Herencia alimentaria: Promoción de hábitos alimentarios saludables desde la infancia, una estrategia pedagógica durante la crianza para la prevención de la obesidad en niños. *ReiDoCrea: Revista electrónica de investigación y docencia creativa, (4)*, 35-47
- González-Jiménez, E., & Schmidt Río-Valle, J. (2012). Regulación de la ingesta alimentaria y del balance energético: factores y mecanismos implicados. *Nutrición Hospitalaria, 27*(6), 1850-1859. DOI: 10.3305/nh.2012.27.6.6099
- Gonzalez- Torres M. L., González-Orozco L. A., Altamirano-Hernández A. & Pedroza-Cabrera F.J. (2018). Interacciones cuidor-niño durante la alimentación y el aprendizaje temprano de hábitos alimentarios. En R. Díaz, Reyes L. I. & López F. Aportaciones actuales de la psicología social. Volumen IV (pp 2133-2149). México: AMEPSO
- González-Torres, M. L., Esqueda, C. N. & Vacío-Muro, M. D. L. Á. Parental feeding practices and their relation to child eating behavior: Problems for explanation/Prácticas alimentarias parentales y su relación con la conducta alimentaria infantil: Problemas para la explicación. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders, 9*(1), 129-142. DOI: 10.22201/fesi.20071523e.2018.1.450
- Gubbels, J. S., Kremers, S. P., Stafleu, A., Dagnelie, P. C., Goldbohm, R. A., De Vries, N. K. et al. (2009). Diet-related restrictive parenting practices: Impact

- on dietary intake of 2-year-old children and interactions with child characteristics. *Appetite*, 52(2), 423-429. DOI: 10.1016/j.appet.2008.12.002
- Harris, G. (2008). Development of taste and food preferences in children. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 11(3), 315-319. DOI: 10.1097/MCO.0b013e3282f9e228
- Harris, H., Mallan, K. M., Nambiar, S. & Daniels, L. A. (2014). The relationship between controlling feeding practices and boys' and girls' eating in the absence of hunger. *Eating behaviors*, 15(4), 519-522. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2014.07.003
- Hernández Eslava, V., Fernand, J. K. & Vollmer, T. R. (2016). Pediatric feeding problems: A field of application in behavior analysis/Problemas pediátricos de la alimentación: Un campo de aplicación del análisis de la conducta. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders*, 7(2), 144-156. DOI: 10.1016/j.rmta.2016.07.001
- Instituto Nacional de Salud Publica [INSP] (2013). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Recuperado de encuestas.insp.mx
- Instituto Nacional de Salud Publica [INSP] (2016). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/ensanut2016>
- Iwata, B. A., & Dozier, C. L. (2008). Clinical application of functional analysis methodology. *Behavior Analysis in Practice*, 1(1), 3-9.
- Jansen, E., Mulkens, S. y Jansen, A. (2007). Do not eat the red food!: Prohibition of snacks leads to their relatively higher consumption in children. *Appetite*, 49(3), 572-577. DOI: 10.1016/j.appet.2007.03.229
- Kazdin, A. E. (2000). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México, D.F: Manual moderno.
- Kiefner-Burmeister, A. E., Hoffmann, D. A., Meers, M. R., Koball, A. M., & Musher-Eizenman, D. R. (2014). Food consumption by young children: a function of parental feeding goals and practices. *Appetite*, 74, 6-11. DOI: 10.1016/j.appet.2013.11.011
- Labonté, M. È., Cyr, A., Baril-Gravel, L., Royer, M. M. & Lamarche, B. (2012). Validity and reproducibility of a web-based, self-administered food

- frequency questionnaire. *European journal of clinical nutrition*, 66(2), 166-173. DOI: 10.1038/ejcn.2011.163
- Li, R., Fein, S. B., & Grummer-Strawn, L. M. (2010). Do infants fed from bottles lack self-regulation of milk intake compared with directly breastfed infants?. *Pediatrics*, 125 (6). peds-2009.
- Lipps, L. & Deysher, M. (1986). Calorie compensation and sensory specific satiety: Evidence for self regulation of food intake by young children. *Appetite*, 7(4), 323-331. DOI: 10.1016/S0195-6663(86)80001-0
- López-Espinoza, A. & Martínez, H. (2002). ¿Qué es el hambre?. Una aproximación conceptual y una propuesta experimental. *Investigación en salud*, 4(1).
- López-Espinoza A., Martínez-Moreno, A. G. & López-Uriarte, P. J. (2015). *México Obeso: Actualidades y perspectivas*. México: Editorial Universitaria Libros UDG.
- Lu, J., Xiong, S., Arora, N., & Dubé, L. (2015). Using food as reinforcer to shape children's non-food behavior: The adverse nutritional effect doubly moderated by reward sensitivity and gender. *Eating behaviors*, 19, 94-97. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2015.07.003
- Lumeng, J. C., Ozbeki, T. N., Appugliese, D. P., Kaciroti, N., Corwyn, R. F., & Bradley, R. H. (2012). Observed assertive and intrusive maternal feeding behaviors increase child adiposity. *The American journal of clinical nutrition*, 95(3), 640-647 DOI: doi.org/10.3945/ajcn.111.024851
- Macias, A. I., Gordillo, L. G., & Camacho, E. J. (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Revista chilena de nutrición*, 39(3), 40-43. DOI:10.4067/S0717-75182012000300006
- Martínez, A. G., López-Espinoza, A., & Díaz, F. D. J. (2007). Modelos de regulación en conducta alimentaria. *Investigación en Salud*, 9(3), 172-177
- Mayer, J. (1955). Regulation of energy intake and body weight. The glucostatic theory and the lipostatic hypothesis. *Ann NY: Acad Sci*. 15-43.
- Musher-Eizenman, D., & Holub, S. (2007). Comprehensive Feeding Practices Questionnaire: validation of a new measure of parental feeding

- practices. *Journal of pediatric psychology*, 32(8), 960-972. DOI: 10.1093/jpepsy/jsm037
- Navarro, G. & Reyes I. (2016). Validación psicométrica de la adaptación mexicana del Child Feeding Questionnaire. *Acta de Investigación Psicológica*, 6(1), 2337-2349. DOI: 10.1016/S2007-4719(16)30054-0
- Orrell-Valente, J. K., Hill, L. G., Brechwald, W. A., Dodge, K. A., Pettit, G. S. y Bates, J. E. (2007). “Just three more bites”: An observational analysis of parents’ socialization of children's eating at mealtime. *Appetite*, 48(1), 37-45. DOI: 10.1016/j.appet.2006.06.006
- Osorio, E., Weisstaub, N. & Castillo, D. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Revista chilena de nutrición*, 29(3), 280-285. DOI: 10.4067/S0717-75182002000300002
- Peracchio, H. L., Henebery, K. E., Sharafi, M., Hayes, J. E., & Duffy, V. B. (2012). Otitis media exposure associates with dietary preference and adiposity: a community-based observational study of at-risk preschoolers. *Physiology & behavior*, 106(2), 264-271. DOI: 10.1016/j.physbeh.2012.01.021
- Puhl, R. M., & Schwartz, M. B. (2003). If you are good you can have a cookie: How memories of childhood food rules link to adult eating behaviors. *Eating Behaviors*, 4(3), 283-293. DOI: 10.1016/S1471-0153(03)00024-2
- Rolls, B. J. (2000). The role of energy density in the overconsumption of fat. *The Journal of nutrition*, 130(2), 268S-271S. DOI: 10.1093/jn/130.2.268S
- Saavedra, J. M., & Dattilo, A. M. (2012). Factores alimentarios y dietéticos asociados a la obesidad infantil: recomendaciones para su prevención antes de los dos años de vida. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29, 379-385.
- Savage, J. S., Fisher, J. O., & Birch, L. L. (2007). Parental influence on eating behavior: conception to adolescence. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 35(1), 22-34. DOI: 10.1111/j.1748-720X.2007.00111.x
- Schlundt, D. G., Johnson, W. G., & Jarrell, M. P. (1985). A naturalistic functional analysis of eating behavior in bulimia and obesity. *Advances in Behaviour*

Research and Therapy. 7(3), 149-162. DOI: 10.1016/0146-6402(85)90005-0

Schwartz, C., Scholtens, P. A., Lalanne, A., Weenen, H., & Nicklaus, S. (2011). Development of healthy eating habits early in life. Review of recent evidence and selected guidelines. *Appetite*, 57(3), 796-807. DOI: 10.1016/j.appet.2011.05.316

Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Nueva York: Simon and Schuster.

Skinner, B. F. (1969). *Contingencies of reinforcement; a theoretical analysis*. New York: 319 p.nam

Skinner, J; Carruth, D; Bounds, W; y Ziegler P. (2002). Children's Food Preferences: A Longitudinal Analysis. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(11), 1638-1647. DOI: 10.1016/S0002-8223(02)90349-4

Santacoloma, A. M., & Quiroga, L. A. (2009). Perspectivas de estudio de la conducta alimentaria. *Revista Iberoamericana de Psicología: ciencia y tecnología*, 2(2), 7-16.

Tan, C. C., & Holub, S. C. (2010). Children's self-regulation in eating: Associations with inhibitory control and parents' feeding behavior. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(3), 340-345. DOI: 10.1093/jpepsy/jsq089

Tan, C. C., & Holub, S. C. (2015). Emotion regulation feeding practices link parents' emotional eating to children's emotional eating: A moderated mediation study. *Journal of pediatric psychology*, 40(7), 657-663. DOI: 10.1093/jpepsy/jsv015

Vaughn, A. E., Ward, D. S., Fisher, J. O., Faith, M. S., Hughes, S. O., Kremers, S. P. et al. (2016). Fundamental constructs in food parenting practices: A content map to guide future research. *Nutrition reviews*, 74(2), 98-117. DOI: 10.1093/nutrit/nuv061

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(1), 15. DOI: 10.1186/1479-5868-5-15

- Vollmer, R. L., & Baietto, J. (2017). Practices and preferences: Exploring the relationships between food-related parenting practices and child food preferences for high fat and/or sugar foods, fruits, and vegetables. *Appetite*, *113*, 134-140. DOI: 10.1016/j.appet.2017.02.019
- Wardle, J., Guthrie, C. A., Sanderson, S., & Rapoport, L. (2001). Development of the children's eating behaviour questionnaire. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *42*(7), 963-970. DOI: 10.1017/S0021963001007727
- Wardle, J., Sanderson, S., Guthrie, C. A., Rapoport, L., & Plomin, R. (2002). Parental feeding style and the inter-generational transmission of obesity risk. *Obesity research*, *10*(6), 453-462. DOI: 10.1038/oby.2002.63
- Zeinstra, G. G., Koelen, M. A., Kok, F. J., van der Laan, N., & de Graaf, C. (2010). Parental child-feeding strategies in relation to Dutch children's fruit and vegetable intake. *Public health nutrition*, *13*(06), 787-796. DOI: 10.1017/S1368980009991534

Anexo A

Catálogo conductual para el cuidador en interacción con un niño en situaciones de alimentación.

Conducta	Descripción operacional	Ejemplos
<ul style="list-style-type: none"> Acompaña a comer. 		
Se sirve sus alimentos	El cuidador se sirve sus propios alimentos y/o bebidas durante el mismo periodo de alimentación del niño.	<ul style="list-style-type: none"> El cuidador se sirve su propio plato con alimentos.
Come junto con el niño.	El cuidador toma un bocado o sorbo de alimentos o bebidas de los que tiene servidos o de los que hay disponible en la mesa, durante el mismo periodo de alimentación del niño.	<ul style="list-style-type: none"> La mamá toma una cucharada de sopa de su propio plato. La mamá bebe de su refresco.
Come alimento del niño.	El cuidador toma un bocado o sorbo de alimento o bebida de los que tiene servidos el niño, ya sea por iniciativa propia o por ofrecimiento del niño.	<ul style="list-style-type: none"> La mamá toma un brócoli del plato del niño.
Ofrece alimento de su plato.	El cuidador ofrece alimento del que tiene servido en su plato al niño. Se registra ya sea alimento o bebida.	<ul style="list-style-type: none"> La mamá toma un pedazo de su pollo y se lo ofrece al niño. ¿quieres de mi sopa?
Pide alimento al niño.	El cuidador le pide al niño que le dé alimento del que tiene en su plato o del que está disponible en la mesa. Se registra ya sea alimento o bebida.	<ul style="list-style-type: none"> ¿Me das de tu pan? ¿Me das la salsa?
<ul style="list-style-type: none"> Indicaciones para alimentarse. 		
Indica qué comer.	El cuidador señala y/o explicita lo que el niño puede o debe comer.	<ul style="list-style-type: none"> “También toma agüita Julia” “Ándale comete el brócoli”
Indica qué no comer.	El cuidador señala y/o explicita lo que el niño no puede o no debe comer.	<ul style="list-style-type: none"> “No, no comas Cheetos” “No comas puro quesito”

<p>Señalamientos sobre la cantidad de alimento.</p>	<p>El cuidador señala y/o califica la cantidad de alimento que el niño agarra, se sirve, ha ingerido o está por ingerir.</p> <p>Nota: no se hace explícita una limitación, en caso de ocurrir se registra en el indicador correspondiente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Eso es demasiada comida” • “Cómo te comiste todo eso”
<p>Indica como consumir los alimentos.</p>	<p>El cuidador indica o señala aspectos respecto de la forma en que el niño debe interactuar con el alimento. No hace referencia a la cantidad o al tipo de alimento, sino a la velocidad, la manera de ingerir alimentos, el uso de utensilios, modales como comer con la boca cerrada, sentado, etc.</p> <p>Utensilios: objetos usados para ingerir alimentos, excluyendo las servilletas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La madre le indica a la niña que coma en el recipiente donde está servido el alimento o que se sirva en un plato “por eso se te cae la comida, si dejas la comida en tu plato...” • “Para que te comas el pan toma tu tenedor, y se lo quitas con el tenedor” • “Mastica, no estés haciendo eso”
<p>Indica probar un alimento.</p>	<p>El cuidador le pide al niño que pruebe un alimento. Puede hacerlo por iniciativa propia o bien cuando el niño se niega a comer un alimento o simplemente no come.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La niña tiene un pedazo de pollo en las manos pero no lo come, el cuidador le dice “pruébalo”.
<ul style="list-style-type: none"> • Limitación. 		
<p>Limita la cantidad de alimento ya consumido.</p>	<p>El cuidador da una indicación señalando que ya no debe comer más de algún alimento.</p> <p>En caso de retirar además el alimento se registra en el indicador correspondiente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La niña señala un alimento y la mamá le dice “no, ese no, ya te comiste la mitad del chocolate” • La niña intenta tomar otra galleta y la mamá le dice “no, ya te comiste una”.

Limita la cantidad de un alimento que no ha sido consumido.	El cuidador le permite al niño la ingesta de una cantidad específica de un alimento que no ha consumido anteriormente.	<ul style="list-style-type: none"> • “Solo una gomita”
Da razones de una limitación.	El cuidador le da las razones al niño de porque no se le permite consumir o seguir consumiendo algún alimento.	<ul style="list-style-type: none"> • La niña quiere comer más chocolate y la mamá le dice “al ratito vas a ir a la fiesta y allá también van a servir pastel y puedes comer” • “En la tarde te vas a comer otro postre, que te parece si solo te comes la mitad del chocolate”
<ul style="list-style-type: none"> • Conductas para alimentar al niño. 		
Da en la boca alimento.	El cuidador toma alimento ya sea con cubiertos o la mano y lo lleva hacia la boca del niño para que éste consuma el alimento.	<ul style="list-style-type: none"> • Le da una palomita de maíz en la boca. • La mamá toma sopa con un tenedor y lo lleva a la boca de la niña.
Da en la boca bebida.	El cuidador toma un vaso o recipiente que contenga algún bebible y lo lleva hacia la boca del niño para que este lo beba.	<ul style="list-style-type: none"> • La mamá acerca un vaso con agua a la boca del niño.
Facilita que el niño pueda ingerir un alimento.	El cuidador realiza por iniciativa propia o a petición del niño alguna acción para que el niño pueda ingerir un alimento: por ejemplo, córtalo, abrirlo, enfriarlo, calentarlo, etc., o bien, acerca al niño a la mesa, le da utensilios, lo ayuda a dirigir su bocado etc. Utensilios: objetos usados para ingerir alimentos, excluyendo las servilletas.	<ul style="list-style-type: none"> • La madre le abre un refresco a la niña por petición de la misma.
Pregunta si necesita apoyo.	El cuidador realiza alguna pregunta para conocer si el niño necesita	<ul style="list-style-type: none"> • “¿Necesitas ayuda?”

	<p>ayuda para ingerir un alimento, como cortar, abrir, enfría o incluso acercar al niño a la mesa o si requiere algún utensilio para comer.</p> <p>Utensilios: objetos usados para ingerir alimentos, excluyendo las servilletas.</p>	
Cambia el tipo de alimento.	El cuidador sustituye un alimento de los que consume el niño ya sea por iniciativa propia o a petición de éste.	<ul style="list-style-type: none"> • El cuidador cambia un trozo de pollo por un pedazo de pan.
Retira o separa un alimento.	El cuidador retira o separa un alimento del plato del niño ya sea por iniciativa propia a petición del niño.	<ul style="list-style-type: none"> • El cuidador quita un poco de sopa del plato del niño.
Ofrece más alimento.	El cuidador ofrece al niño más del alimento que éste está consumiendo o ya consumió.	<ul style="list-style-type: none"> • “¿Quieres más ensalada?” • “¿Y otra verdurita?” • “¿Pollo?, otro chiquito”
Ofrece otro tipo de alimento.	El cuidador ofrece al niño un alimento que no ha consumido o diferente al que se tiene disponible en el plato.	<ul style="list-style-type: none"> • “¿Quieres una tortilla?” • “¿Quieres una galleta salada?” • ¿Quieres una gomita? • ¿Quieres lechuga?
Ofrece alimento ya ofrecido.	El cuidador ofrece un alimento que ya había ofrecido anteriormente al niño y éste lo rechaza y/o se negó a consumir el alimento.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Quieres un chayote? (la mamá ya le había ofrecido y la niña había dicho que no quería)
Da alimento al niño.	El cuidador acerca, sirve o entrega alimento al niño.	<ul style="list-style-type: none"> • La madre le sirve más arroz a la niña. • La madre le acerca la bolsa de palomitas a la niña.
Invita al niño a combinar alimentos.	El cuidador le propone al niño combinar alimentos, ya sea de los que tiene servidos en el plato o agregar alguno extra de los que se encuentran disponibles en la mesa.	<ul style="list-style-type: none"> • Ponle salsa a tu taco • Ponle mayonesa a tu filete • Te lo puedes comer con galletas
<ul style="list-style-type: none"> • Estrategias para modificar la alimentación del niño. 		

Da razones de porque debe comer.	El cuidador le explica o da razones al niño de porque debe comer.	<ul style="list-style-type: none"> • “Come bien ahorita para que al ratito no te de hambre”
Da razones de porque no debe comer.	El cuidador le explica o da razones al niño de porque no debe comer.	<ul style="list-style-type: none"> • “No te comas toda esa botana porque te va a doler el estómago”
Modela.	El cuidador consume o simula consumir un alimento frente al niño y enseguida le ofrece o le indica que coma de ese alimento. El cuidador puede decir cómo come o qué come e indicarle al niño que lo observe.	<ul style="list-style-type: none"> • Toma un bocado del plato del niño, lo come y luego le ofrece. • “A ver repite cómo me como mi zanahoria”
Utiliza a otro como modelo.	El cuidador le indica al niño que observe y/o imite la conducta o ingesta alimentaria de otro que no es el cuidador.	<ul style="list-style-type: none"> • El cuidador le dice al niño que “deberías comer como tu hermano”
Anima.	El cuidador hace uso de la diversión o creatividad haciendo referencia a personajes o le da animación a los alimentos u objetos para promover que el niño consuma un alimento sin ordenarle que lo haga.	<ul style="list-style-type: none"> • La mamá toma una palomita de maíz y dice “aquí hay una palomita mira” mientras silba y la mueve con la mano hasta llegar a la boca de la niña y se la da. • La mamá toma sopa con el tenedor, lo mueve en el aire hasta dirigirlo a la boca de la niña y le dice “¡que le sople, que le sople!” y luego la niña lo come. • “Cierra los ojos e imagina que el brócoli es como el cabello de (...) ¿ya te lo imaginaste?”

Fomenta la competición.	El cuidador promueve que el niño consuma alimentos estableciendo una competencia del comer entre el niño y otro(s) (puede ser el cuidador).	<ul style="list-style-type: none"> El cuidador le dice al niño “a ver quién se termina primero las verduras”
Elogia la conducta de comer del niño.	El cuidador hace referencia positiva sobre la conducta del niño de comer o elegir un alimento.	<ul style="list-style-type: none"> “¡Comiste muy bien!, tu pollito, tu arrocito”
Elogia la conducta de no comer del niño.	El cuidador hace referencia positiva sobre la conducta del niño de no comer o no elegir un alimento.	<ul style="list-style-type: none"> “¡Muy bien que no comiste pastel!”
Critica la conducta de comer del niño.	El cuidador hace referencia negativa sobre la conducta del niño de comer o elegir un alimento.	<ul style="list-style-type: none"> “Que mal que solo comiste sopa”
Critica la conducta de no comer del niño.	El cuidador hace referencia negativa sobre la conducta del niño de no comer o no elegir un alimento.	<ul style="list-style-type: none"> “Que mal que no te estés comiendo tu pollo”
Expresa bienestar propio ante la ingesta del niño.	El cuidador expresa verbalmente conformidad o alegría de que el niño consuma o haya consumido algún(os) alimento(s).	<ul style="list-style-type: none"> “Estoy muy contenta, de que si me pediste brócoli, te hayas comido tu brócoli, estoy muy feliz con eso”
Expresa bienestar propio ante la no ingesta del niño.	El cuidador expresa verbalmente conformidad o alegría de que el niño no consuma o no haya consumido algún(os) alimento(s).	<ul style="list-style-type: none"> “Me da mucho gusto que no te hayas comido todo el pastel”
Expresa malestar propio ante la ingesta del niño.	El cuidador expresa verbalmente malestar o tristeza de que el niño consuma o haya consumido algún(os) alimento(s).	<ul style="list-style-type: none"> “Me pone triste que comas solo papas”
Expresa malestar propio ante la no ingesta del niño.	El cuidador expresa verbalmente malestar o tristeza de que el niño no consuma o no haya consumido algún(os) alimento(s).	<ul style="list-style-type: none"> “Me siento mal que no hayas acabado tu sopa”
<ul style="list-style-type: none"> Verbalizaciones sobre la alimentación. 		
Resalta características organolépticas.	El cuidador hace referencia positiva sobre el sabor, color, textura,	<ul style="list-style-type: none"> Mientras la niña come chocolate la madre la

	temperatura o ingredientes de los alimentos o emite algún sonido asociado culturalmente al buen sabor (¡mmm!, ¡yomi!)	<p>observa y dice “¡yomi, yomi, yomi!</p> <ul style="list-style-type: none"> • La madre le dice “ay tiene brócoli como te gusta” • “Zanahorias mira ¡mmm!” • “¡Mmm!, el pollito tiene limón”
Resalta propiedades nutricionales.	El cuidador hace referencia positiva sobre los nutrientes de los alimentos o respecto a los efectos que tienen sobre la salud, el crecimiento o la energía que proporcionan.	<ul style="list-style-type: none"> • “no le quites el jitomatito, es bueno el jitomatito” • “No te comes solo el queso, entonces come más verduras, porque si no, no vas a poder ir al baño” (digestión)
Resalta características organolépticas desfavorables de los alimentos.	El cuidador hace referencia negativa sobre el sabor, color, textura, temperatura o ingredientes de los alimentos o emite algún sonido asociado culturalmente al mal sabor (¡uuuh!, ¡guaaaa!, ¡guacala!)	<ul style="list-style-type: none"> • La niña muerde una manzana y la madre dice “¡ay, está dura!”
Resalta propiedades poco nutricionales de los alimentos.	El cuidador hace referencia negativa sobre los nutrientes de los alimentos o respecto a los efectos que tienen sobre la salud, el crecimiento o energía que proporcionan.	<ul style="list-style-type: none"> • La niña le dice porque pide perdón el chocolate y la mamá le responde “por tener tanta azúcar, yo creo”
Elogia la forma de comer el niño.	El cuidador hace referencia positiva sobre la forma de comer del niño en cuanto a la velocidad, tamaño del bocado, comer con boca cerrada, modales, etc.	<ul style="list-style-type: none"> • “¡Muy bien!, así se come con la boquita cerrada”
Critica la forma de comer del niño.	El cuidador hace referencia negativa sobre la forma de comer del niño en cuanto a la velocidad, tamaño del bocado, comer con boca cerrada, modales, etc.	<ul style="list-style-type: none"> • “¡Tranquila, tranquila!, tienes tiempo hija” (la niña come coliflor deprisa)

		<ul style="list-style-type: none"> • “¡Ah!, ¿y luego el tenedor?” • “Ay con la boca abierta se ve todo el pescado, ¡guacala!”
Explica cómo se sirven los alimentos.	El cuidador explica al niño cómo se prepara o sirve un alimento, que ingredientes contiene o bien, explica los motivos de por qué se preparó o sirvió un alimento de determinada manera.	<ul style="list-style-type: none"> • “Porque cuando se cocina el jitomate con la cebolla sabe rico”.
<ul style="list-style-type: none"> • Involucra al niño en su alimentación. 		
Permite elegir entre dos o más tipos de alimento.	El cuidador permite al niño hacer una elección de lo que va a comer pero las opciones de alimento están determinadas por el cuidador.	<ul style="list-style-type: none"> • “¿Qué quieres, zanahoria o chayote?” • “¿Quieres manzana o pepinito?”
Permite elegir presentación.	El cuidador permite que el niño elija cómo se presentará un alimento (sin alterar su contenido nutricional): tamaño, figura, color, marca del alimento etc.	<ul style="list-style-type: none"> • “Solo una gomita, ¿de qué color?”
Permite elegir como se sirve o combina un alimento.	El cuidador permite que el niño elija como se servirán o combinarán sus alimentos antes de que se los entregue preguntándole si desea que se le añada algún complemento como por ejemplo aderezos o salsas.	<ul style="list-style-type: none"> • “¿Quieres que le ponga crema a tu carne?”
Indaga sobre la percepción del alimento.	El cuidador realiza una pregunta al niño respecto a la percepción de los alimentos en cuanto a las propiedades de sabor, color, textura, temperatura, etc.	<ul style="list-style-type: none"> • “¿Está rica tu galleta?”
Realiza una pregunta abierta al niño sobre lo que quiere comer.	El cuidador realiza una pregunta abierta al niño respecto a lo que quiere comer, permitiéndole realizar una elección de lo que va a comer a partir de los alimentos que están	<ul style="list-style-type: none"> • “¿Qué quieres?” • “¿Qué quieres comer? “Le ofrece otros alimentos que no están

	disponibles ya sea en la mesa o en casa.	disponibles en la mesa pero si en casa “tenemos huevito, tenemos pescado, hay atún, hay avena”
Pide al niño que de los motivos para no comer.	El cuidador pregunta explícitamente al niño sobre los motivos por los que no come, se niega a comer o por los que realiza otra conducta distinta a la de comer.	<ul style="list-style-type: none"> • “Dime por qué no estas comiendo”.
<ul style="list-style-type: none"> • Negociación. 		
Realiza contención positiva de la ingesta de alimentos con otro alimento.	El cuidador pide al niño explícita o implícitamente que coma un alimento en particular y/o una cantidad específica de alimento para poder obtener otro alimento.	<ul style="list-style-type: none"> • “Te voy a dar poquita más ensalada y ahorita comes la mitad del chocolate” • La niña pide una galleta, la madre la toma y le dice “come brocolito, un arbolito” la niña lo come y le entrega la galleta. • La niña le pide comer un cheetos y la mamá le dice “pero después comes un poco más de fruta o de verduras, ¿sale?” (la niña continua comiendo los alimentos de su plato y hasta que termina le dice a su mamá “¿ya?” y la mamá le da los cheetos.
Realiza contención negativa de la ingesta de alimentos con alimentos.	El cuidador pide al niño explícita o implícitamente que coma un alimento y/o una cantidad específica de alimento ya que de no hacerlo no obtendrá otro alimento.	<ul style="list-style-type: none"> • “Comete las verduras o no te daré el chocolate”
Realiza contención positiva de la ingesta de alimentos con objetos o actividades.	El cuidador pide al niño explícita o implícitamente que coma un alimento y/o una cantidad específica de alimento como condición para	<ul style="list-style-type: none"> • “Comete dos cucharadas más y te llevo al parque”

	obtener un objeto o actividad diferentes de comer.	
Realiza contención negativa de la ingesta de alimentos con objetos o actividades.	El cuidador pide al niño explícita o implícitamente que coma un alimento y/o una cantidad específica de alimento ya que de no hacerlo no obtendrá otro objeto o actividad diferentes de comer.	<ul style="list-style-type: none"> • “Acábate la sopa sino no habrá película”
Realiza contención positiva de otras conductas con alimentos.	El cuidador pide al niño que se comporte de una manera específica, sin hacer referencia a la conducta de comer, y explícita la entrega de un alimento como consecuencia de cumplir la condición.	<ul style="list-style-type: none"> • “Te voy a servir, pero siéntate bien” le dice la mamá a la niña para darle arroz con leche.
Realiza contención negativa de otras conductas con alimentos.	El cuidador pide al niño que se comporte de una manera específica, sin hacer referencia a la conducta de comer, y explícita no entregar un alimento como consecuencia no cumplir la condición.	<ul style="list-style-type: none"> • “Deja de saltar o sino no te daré las galletas”.
Realiza contención positiva inespecífica.	El cuidador pide al niño explícita o implícitamente que coma un alimento y/o una cantidad específica de alimento señalando que de realizarlo obtendrá una recompensa. El cuidador no especifica a qué tipo de recompensa se refiere (objeto, alimento, actividad, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • “Comete todo el brócoli y te voy a dar algo”
Realiza contención negativa inespecífica.	El cuidador pide al niño explícita o implícitamente que coma un alimento y/o una cantidad específica de alimento señalando que de no realizarlo no obtendrá una recompensa. El cuidador no especifica a qué tipo de recompensa se refiere (objeto, alimento, actividad, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • “Come dos fresas más o sino no te daré lo que te dije”

<p>Concede un alimento a cambio de la ingesta de otro alimento.</p>	<p>El cuidador acepta entregarle al niño un alimento para que lo ingiera con la solicitud de que después coma otro alimento.</p> <p>También puede ceder un alimento a partir de una contención realizada antes de que el niño cumpla lo solicitado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La mamá le da los Cheetos y le dice “ahorita comes un pedacito de pollo entonces”
<p>Concede un alimento a cambio de una conducta específica.</p>	<p>El cuidador acepta entregarle al niño un alimento para que lo ingiera con la solicitud de que después se comporte de una forma específica, comportamiento que no hace referencia a la alimentación.</p> <p>También puede ceder un alimento a partir de una contención realizada antes de que el niño se comporte como se le pidió.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Te voy a dar el chocolate pero ya te sientas bien ¿eh!”
<p>Concede un objeto o actividad a cambio de que coma.</p>	<p>El cuidador acepta que el niño obtenga un objeto o realice una actividad distinta a la de comer con la solicitud de que después coma alimentos.</p> <p>También puede ceder un objeto o actividad a partir de una contención realizada antes de que el niño cumpla lo solicitado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Está bien, puedes tomar tu juguete y después seguir comiendo”
<p>Pide que coma un solo tipo de alimento a cambio de no comer el resto.</p>	<p>El cuidador indica al niño que se coma solo un tipo de alimento señalando de manera explícita o implícita que a cambio puede no consumir el resto de los alimentos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Comete el puro brócoli” • “Comete el brócoli entonces” (la niña dice que no le gusta la pizza que comía)
<p>Pide que coma una cantidad específica de alimento a cambio de no comer el resto.</p>	<p>El cuidador indica al niño que se coma solo una cantidad específica de alimento (puede especificar o no el tipo) señalando de manera explícita</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Comete solo dos cucharadas más y ya”

	o implícita que a cambio puede no consumir el resto.	
<ul style="list-style-type: none"> • Control de la alimentación (10) 		
Ordena comer.	El cuidador le expresa al niño en forma imperativa que coma sin dar instrucción específica de qué, cómo, ni cuanto comer.	<ul style="list-style-type: none"> • “¡Come!”
Ordena acabarse el alimento.	El cuidador le dice al niño que se coma todo el alimento que tiene disponible o servido.	<ul style="list-style-type: none"> • “¡Acaba de comer!”
Orden indirecta.	El cuidador expresa una frase indirecta relacionada con los alimentos o la alimentación del niño señalando de manera implícita que continúe comiendo, sin indicarle claramente qué, cómo o cuánto debe comer.	<ul style="list-style-type: none"> • “Yo todavía veo comida en tu plato”
Amenaza.	El cuidador le advierte al niño que ocurrirá algo negativo sino come o se termina el alimento. Dichas consecuencias negativas pueden ser o no explicitadas, por ejemplo, que lo golpeará, le quitara un objeto, lo regañara, etc.	<ul style="list-style-type: none"> • “Acábate todo o te voy a pegar” • “Ya sabes cómo te va a ir si no te lo terminas”
Castiga.	El cuidador aplica una consecuencia física negativa (como golpear, pellizcar, jalar el cabello etc.) al niño debido a algún comportamiento relacionado con la alimentación.	<ul style="list-style-type: none"> • El niño no abre la boca ante el ofrecimiento del cuidador y éste lo golpea en la cara.
Lucha por comer.	El cuidador obliga físicamente al niño a tener un alimento en su boca a pesar de que éste se niegue, se rehúse o lo rechace.	<ul style="list-style-type: none"> • El cuidador abre la boca del niño con sus manos para introducirle alimento.
Se cerciora de que termine el bocado.	El cuidador pregunta al niño si ya terminó su bocado o bien le pide que abra la boca y observa su interior para verificarlo.	<ul style="list-style-type: none"> • “A ver, abre la boca para ver que ya te lo terminaste”

<p>Retira un alimento para limitar su consumo.</p>	<p>El cuidador le quita o aleja del alcance del niño un alimento. Lo hace por iniciativa propia y no en respuesta al rechazo o petición del niño. En caso de hacer un señalamiento verbal se registra adicionalmente en el indicador correspondiente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La mamá aleja un chocolate del alcance de la niña. • La mamá aleja las galletas • La mamá aleja los Cheetos • La madre le quita de las manos un chocolate a la niña. • Le quita de las manos un plato con gomitas
<p>Restringe haciendo referencia a la no disponibilidad del alimento.</p>	<p>El cuidador señala que un alimento no está disponible cuando el niño hace una petición de dicho alimento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El niño pide un dulce como postre y el cuidador le responde que no hay.
<p>Restringe un alimento que está disponible.</p>	<p>El cuidador no permite que el niño seleccione o ingiera un alimento en particular que se encuentra disponible, ya sea en la mesa o en la casa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué quieres comer que no sea gomita? • “No, no puedes tomar refresco”
<ul style="list-style-type: none"> • Finalización del periodo de alimentación. 		
<p>Indaga sobre terminación del periodo de alimentación.</p>	<p>El cuidador pregunta al niño si continuará comiendo, si ya no quiere comer o si está satisfecho.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “¿Ya va a ser todo lo que vas a comer hoy?” • ¿No vas a comer nada más?” “¿Ya no tienes hambrita? ¿Sed?” “¿ya no vas a querer más?” • “¿Ya no tienes hambre?” “¿Quieres comer algo más?”
<p>Acepta terminación del periodo de alimentación.</p>	<p>El cuidador permite al niño que deje de comer ya sea cuando éste indica que ya terminó o cuando solicita dejar de comer diciendo que ya no quiere alimento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La niña se levanta de la mesa y dice “ya me voy a dormir” la mamá la deja irse e indica al observador que terminó de comer.

	También se registra cuando el cuidador permite que el niño se retire del lugar de alimentación señalando que ya no quiere comer o que realizará otra actividad distinta de comer.	
Retira el plato o al niño.	El cuidador retira el plato del niño o al niño del plato para finalizar el periodo de alimentación.	<ul style="list-style-type: none"> • El cuidador levanta y se lleva el plato del niño fuera de su alcance.
Da indicación de retirarse o de que retire su plato.	El cuidador le indica al niño que puede retirarse de la mesa para concluir su alimentación y/o le indica que retire su plato de la mesa.	<ul style="list-style-type: none"> • “Retira tu plato por favor” • “Lleva por favor tu plato” • “Recoge tu plato”

Anexo B

Catálogo conductual para el niño en interacción con el cuidador en situaciones de alimentación.

Conducta	Descripción operacional	Ejemplos
<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación de alimentos. 		
Acepta alimento o bebida dado en la boca por el cuidador.	El niño permite que el cuidador le introduzca en la boca algún alimento o bebida.	<ul style="list-style-type: none"> • La niña come un bocado que su mamá le da en la boca.
Prueba un alimento por petición del cuidador.	El niño toca con su lengua (lame) algún alimento, lame sus dedos después de haber tocado un alimento o bien, come un primer bocado o sorbo de un alimento o bebida cuando el cuidador le pide que pruebe.	<ul style="list-style-type: none"> • La niña come el primer bocado de pollo después de que la madre le dice que lo pruebe.
Asiente.	El niño responde afirmativamente con una verbalización, un movimiento de cabeza o con la mano ante un ofrecimiento, petición, propuesta o pregunta del	<ul style="list-style-type: none"> • El cuidador le pide que coma su sopa y el niño responde “sí” • El cuidador le ofrece fruta al niño y este responde que “sí”

	<p>cuidador en torno a la alimentación.</p> <p>Nota: no necesariamente implica que se coma el alimento o realice la petición.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> Rechazo de alimentos. 		
Se niega.	<p>El niño responde negativamente con una verbalización, un movimiento de cabeza o con la mano ante un ofrecimiento, petición, propuesta o pregunta del cuidador en torno a la alimentación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> La niña niega con la cabeza y dice “no gracias” cuando el cuidador le ofrece más ensalada. El cuidador le ofrece verduras y la niña mueve la mano diciendo “no, te dije que no”. La madre le ofrece agua y la niña responde “no”. Mueve la cabeza en forma de negación cuando se le ofrece alimento en la boca
Se rehúsa.	<p>El niño impide que el cuidador le introduzca alimento a la boca, ya sea no abriendo la boca, cubriendo la boca con su mano, volteando la cara, retirando la mano del cuidador o haciendo alguna otra actividad cuando éste le acerca alimento a la boca.</p>	<ul style="list-style-type: none"> El cuidador le ofrece alimento en la boca a la niña y ésta no abre la boca. Manipula una servilleta e ignora a la madre que le ofrece alimento en la boca.
Juega con el alimento.	<p>El niño manipula, pellizca, bate, o mueve el alimento por más de 10 segundos sin ingerirlo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> El niño burbujea su bebida
Saca un alimento del plato.	<p>El niño toma un alimento con un utensilio o la mano y lo pone fuera de su plato señalando que</p>	<ul style="list-style-type: none"> La niña saca sopa de su plato con la mano y lo

	le desagrada, que no lo quiere o que no lo consumirá.	<p>pone en el plato de la mamá.</p> <ul style="list-style-type: none"> • “No me gustan las pasas” y le saca las pasas a su arroz con leche y los pone en el plato de su madre.
Separa un alimento de otro para no consumirlo.	El niño separa un alimento o partes de un alimento en el mismo plato señalando que le desagrada, que no lo quiere o que no lo consumirá.	<ul style="list-style-type: none"> • Quita trozos de la pizza que está comiendo y los pone sobre el plato diciendo que no le gusta.
Saca el alimento de su boca.	El niño expele algún alimento o bebida de su boca, independientemente de si fue el cuidador o el propio niño quien lo puso en su boca.	<ul style="list-style-type: none"> • Se saca trozos de pizza de la boca. • Se saca un brócoli de la boca.
<ul style="list-style-type: none"> • Verbalizaciones sobre la alimentación. 		
Resalta características organolépticas del alimento.	El niño hace referencia positiva sobre el sabor, color, textura, temperatura o ingredientes de los alimentos o emite algún sonido asociado culturalmente al buen sabor (¡mmm!, ¡yomi!)	<ul style="list-style-type: none"> • “Es que saben muy ricos” (refiriéndose a los Cheetos)
Resalta las propiedades nutricias del alimento.	El niño hace referencia positiva sobre los nutrientes de los alimentos o respecto a los efectos que tienen sobre la salud, el crecimiento o la energía que proporcionan.	<ul style="list-style-type: none"> • “Esta vez Cynthia trajo algo saludable” y la madre le responde, “si, un plátano”
Resalta características organolépticas desfavorables de un alimento.	El niño hace referencia negativa sobre el sabor, color, textura, temperatura o ingredientes de los alimentos o emite algún sonido asociado culturalmente al mal	<ul style="list-style-type: none"> • La niña dice que le gusta el agua fría, y le dice a su madre “¿Por qué la calentaste!?”

	sabor (¡juuuuh!, ¡guaaaa!, ¡guacala!)	
Resalta propiedades poco nutricionales de un alimento.	El niño hace referencia negativa sobre los nutrientes de los alimentos o respecto a los efectos que tienen sobre la salud, el crecimiento o energía que proporcionan.	<ul style="list-style-type: none"> • “Me perdonas por tener tanta azúcar” dice la niña refiriéndose al chocolate. • “Esa leche va a hacer que vomite, porque las leches hacen que los niños vomiten”
Elogia la conducta alimentaria de otro.	El niño hace referencia positiva sobre qué, cuánto y/o cómo come el cuidador u otra persona.	<ul style="list-style-type: none"> • “Muy bien que te comes toda tu comida”
Crítica la conducta alimentaria de otro.	El niño hace referencia negativa sobre qué, cuánto y/o cómo come el cuidador u otra persona.	<ul style="list-style-type: none"> • “Comes mucha comida”
<ul style="list-style-type: none"> • Se involucra en su alimentación. 		
Toma bocado.	El niño toma un alimento o bocado con la mano o usando algún utensilio (como cubiertos) y lo introduce en su boca para consumirlo. Nota: no se registran los bocados que son proporcionados directamente en la boca por el cuidador.	<ul style="list-style-type: none"> • La niña toma con la mano un pedazo de pizza, se lo lleva a la boca y lo consume.
Toma bebida.	El niño toma un sorbo o trago de algún bebible que tenga disponible. Nota: no se registran los sorbos dados a bebidas proporcionadas directamente en la boca por el cuidador.	<ul style="list-style-type: none"> • La niña toma un vaso que contiene agua y bebe de él.
Elige su propio alimento.	El niño elige lo que quiere comer a través de la guía del cuidador con preguntas sobre lo que quiere comer.	<ul style="list-style-type: none"> • La madre le pregunta “¿Qué quieres, zanahoria o chayote?” la niña le responde brócoli.

<p>Se sirve algún alimento.</p>	<p>El niño toma o se sirve algún alimento de los que están disponibles en la mesa o bien, adiciona algún complemento a su comida (aderezo, limón, salsas, etc.).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La niña se sirve más ensalada en su plato. • La niña se sirve sopa de arroz, mientras dice “yo voy a servirme sola” • La niña toma un pedazo de pollo y lo pone en su plato.
<p>Pide ayuda para el consumo de un alimento.</p>	<p>El niño pide al cuidador de manera implícita o explícita que realice alguna conducta que le facilite el consumo de algún alimento, por ejemplo, que le abra, caliente o corte algún alimento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La niña hace un ruido “mmm” después de intentar abrir un refresco, lo levanta y voltea a ver a la madre, quien le ayuda a abrirlo. • “¿Me ayudas?” refiriéndose a un limón.
<p>Pide más del mismo alimento.</p>	<p>El niño pide más de un alimento que ya consumió. Puede pedirlo verbalmente o bien señalando los alimentos que quiere.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Otro pedacito de arroz”
<p>Pide un alimento distinto al consumido.</p>	<p>El niño pide un alimento diferente a los que ya ha consumido. Puede pedirlo verbalmente o bien señalando los alimentos que quiere.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Yo quiero esa otra galleta” • “Quiero un dulce” • “¿Y esas galletas?, tengo hambre por galleta” • Dice “ah” dirigiéndose a su madre mientras abre la boca para que le den una cucharada de lo que come la mamá.
<p>Pregunta si puede consumir más de un alimento ya consumido.</p>	<p>El niño pregunta de manera directa al cuidador si puede consumir más de algún alimento que ya comió.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “¿puedo comer más ensalada?” • “¿puedo otra?” (refiriéndose a una galleta)

		<ul style="list-style-type: none"> •
Pregunta si puede consumir un alimento que no ha consumido.	El niño pregunta de manera directa al cuidador si puede consumir algún alimento que no ha comido.	<ul style="list-style-type: none"> • “¿Puedo comer postre?” señala unas galletas. • “¿Ya puedo comenzar a comer?”
Negociación con alimento.	El niño propone que se le dé un alimento en particular a cambio de seguir comiendo o comerse otro alimento.	<ul style="list-style-type: none"> • “Si me das un chocolate me como todo el brócoli”
Negociación con actividad/objeto.	El niño propone que se le dé un objeto o se le permita realizar una actividad distinta a la de comer a cambio de seguir comiendo o comerse un alimento.	<ul style="list-style-type: none"> • “Juego solo una vez y ya sigo comiendo”
Negociación con la cantidad de alimento.	El niño propone consumir algún alimento en una cantidad específica.	<ul style="list-style-type: none"> • “¿Puedo comer una gomita?, solo una” • “¿Después puedo comer un cheto?, bueno así” levantando su dedo índice y medio • La mamá le indica a la niña que coma su comida y la niña le dice, “¿después puedo comer solo dos Chetos?”
Soborno con alimento.	El niño pide un alimento particular s como condición necesaria para seguir comiendo o terminarse un alimento.	<ul style="list-style-type: none"> • “Dame una galleta o no me termino las verduras”
Soborno con actividad/objeto.	El niño pide que se le de un objeto o que se le permita realizar una actividad como condición necesaria para seguir comiendo o terminarse un alimento.	<ul style="list-style-type: none"> • “Dame mi tablet o no me termino mi la sopa”

Hace referencia a una contención o concesión establecida.	El niño pregunta o hace mención sobre una contención o concesión antes establecida por el cuidador.	<ul style="list-style-type: none"> • “Me dijiste que me ibas a dar mi chocolate cuando termine ¿verdad?”
Da animación a su alimento.	El niño hace uso de la diversión o creatividad haciendo referencia a personajes o le da animación a los alimentos previo a comérselos.	<ul style="list-style-type: none"> • La niña simula que la coliflor es un teléfono finge una llamada y la come, después le dice a su mamá que era ella la coliflor. • Toma una coliflor le da voz y habla con ella • La niña arrastra una gomita antes de comerla y dice “Un gusano, voy a arrastrar”
<ul style="list-style-type: none"> • Finalización del periodo de alimentación. 		
Retira el plato.	El niño aleja o retira su plato señalando que ya terminó de comer.	<ul style="list-style-type: none"> • El niño aleja su plato diciéndole que ya terminó de comer.
Menciona que ya no quiere comer o que ya no tiene hambre.	El niño dice de manera explícita que se encuentra satisfecho o que ya no tiene hambre y/o que ya no quiere seguir comiendo.	<ul style="list-style-type: none"> • “Ya llené” • “Ya no tengo hambre”
Indica el término de su alimentación.	El niño indica que ya terminó de comer o que ya terminó su comida sin pedir más alimento y sin hacer referencia a que ya no quiere seguir comiendo o a que se encuentra satisfecho. En caso de que además refiera que ya no quiere seguir comiendo o que se encuentra satisfecho se registra en el indicador correspondiente.	<ul style="list-style-type: none"> • “Ya terminé” • “Ya acabe”