

# Exploración de las Tendencias y Prevalencia de Condiciones Relacionadas en los Niños Identificados con Problemas de Alimentación.

*Exploration of Trends and Prevalence of Related Conditions in Children with Identified Feeding Issues.*

**Joan M. Surfus.** Joan Surfus, supervisora de terapia ocupacional en la Pediatric Therapy Network Clinic en Torrance, California. Miembro del equipo docente en el Dpto. de Terapia Ocupacional de la Misericordia University de Dallas, Texas, EEUU. Universidad de Misericordia, Dallas, Texas (EEUU).

**Resumen:** Objetivo. Este estudio exploratorio examinó los datos adquiridos a través de la utilización del Cuestionario para Padres “Hora de Comer” (Morris y Klein, 2000). El propósito de la investigación fue determinar las percepciones parentales de los desafíos que plantean los niños y niñas que tienen dificultades de alimentación, identificar sus preferencias alimentarias y sus rutinas y determinar patrones comunes en estas áreas.

Método. Mediante un análisis de pregunta por pregunta de las respuestas de los padres en 60 cuestionarios.

Resultados. Los resultados del análisis de datos permitió comprender las preocupaciones de los padres, la edad de inicio de las dificultades de alimentación y si los niños con problemas de alimentación estaban participando en, al menos, un tipo de intervención terapéutica, con o sin una evaluación de alimentación.

Conclusión. En general, la principal preocupación de los padres era la falta de variedad en la dieta de sus hijos, así como sus habilidades motrices orales (por ejemplo, masticar). Esto apoya los hallazgos adicionales de dificultades observadas en la transición a las texturas con grumos. Este problema en la transición puede estar influenciado por una aversión a ciertas experiencias táctiles o texturas (que contribuyen a la selección limitada de alimentos) y / o a dificultades en las habilidades motrices.

**Palabras clave:** alimentación, percepciones parentales, repertorio alimenticio, oral motor.

**Abstract:** Objective. This exploratory study examined data gained via the use of the Parent Meal-times Questionnaire (Morris & Klein, 2000). The investigation’s purpose was to determine parental perceptions of the challenges faced by children who have difficulty with feeding, identify their feeding preferences and routines, and determine common patterns across these areas.

Method. A question by question content analysis of parental responses on 60 questionnaires was conducted.

Results. The results of the data analysis provided insight to parental concerns, the age of onset for reported feeding difficulties, and children with feeding issues were participating in at least one therapeutic intervention, but had not received a feeding assessment.

Conclusion. Overall, parents were concerned the most with the lack of variety in their child’s diet as well as their overall motor abilities (e.g., chewing). This gives support the additional findings of difficulties noted when transitioning to lumpy textures. This problem in transitioning may be influenced by either a tactile or texture aversion (contributing to limited food selection) and/or impaired motor skills.

En el ámbito de la atención pediátrica, las dificultades en la alimentación son uno de los problemas que se encuentran con mayor frecuencia (Clawson, et al, 2008; O'Brien et al., 1991). Los padres, cuidadores, médicos, psicólogos y maestros son los que a menudo identifican las dificultades de los niños en este ámbito. Como sabemos, la alimentación y el comer tienen lugar en muchos entornos, y para lactantes y niños esta actividad incluye a los familiares y cuidadores como parte del proceso. Puesto que hay muchos factores que influyen en el éxito del niño con las comidas, como la coordinación de los sistemas motriz, sensorial y cognitivo, es necesario determinar los patrones de dificultad que influyen en la hora de comer. En lugar de ser una parte fácil de la rutina del día, la hora de la comida puede llegar a ser muy estresante y lenta para el niño y quienes cuidan de él (Couriel et al, 1993). El propósito de este estudio exploratorio fue revisar los datos obtenidos del cuestionario para padres "Hora de Comer" (Morris y Klein, 2000), una herramienta utilizada a menudo por los terapeutas ocupacionales y otros profesionales clínicos para evaluar los patrones de alimentación de los niños. El uso de este cuestionario permitió la exploración de posibles conexiones que puedan existir entre las preguntas, las percepciones de los padres de los problemas de alimentación de sus hijos, y los puntos comunes entre los individuos encuestados.

### Revisión de la Literatura

Una revisión de la literatura indica que entre 25-40% de los niños con desarrollo típico y hasta el 90% de los niños con discapacidad se ven afectados por problemas con la alimentación y el comer (Clawson et al, 2008; O'Brien et al., 1991). Beaudrais, Fergusson, y Shannon (1982) encontraron que los padres del 24% de los niños de 2-4 años de edad, 19% de los de 3 años de edad, y 18% de los de 4 años, indican que sus hijos tienen dificultades en la alimentación. Los problemas de alimentación en los bebés y los niños no son exclusivos de los Estados Unidos. La prevalencia de estos problemas de alimentación a nivel mundial es desconocida, pero a menudo no hay suficientes terapeutas para ayudar a esta población.

El estudio de Finney y Christopherson (1983) reveló la importancia de factores de aprendizaje sociales de la familia y la aparición o el mante-

nimiento de comportamientos en torno a la alimentación. Birch (1990) describe cómo los patrones de aceptación de los alimentos se desarrollan y son influidos por la cultura, la biología y las experiencias individuales. Tomó nota también de indicadores que demuestran que el aprendizaje asociativo juega un papel fundamental en los patrones de aceptación de los alimentos.

Los niños con desarrollo típico pasan por un período en su desarrollo en el cual aparecen la neofobia alimentaria, o aprehensión o miedo de los nuevos alimentos. Cooke, Carnell, y Wardle (2006) apoyan las estrategias de tratamiento utilizadas cuando se trabaja con niños con aversión alimentaria, especialmente a los nuevos alimentos. En una sesión de tratamiento, es muy común que el terapeuta ocupacional coma o bien la misma comida o algo diferente a lo que el niño está comiendo. Cooke et al. (2006) proporciona apoyo a la importancia de comer un alimento del mismo color del alimento que come el niño, y no necesariamente la misma comida o nada de comida en absoluto.

Birch (1998) señaló que las preferencias de los niños están influenciadas por la cantidad y calidad de sus experiencias con los alimentos. Cuando los alimentos están conectados con el contexto social de la comida y con las consecuencias fisiológicas de la ingestión, los niños llegan a aceptar algunos alimentos y rechazar otros. Siendo bebés, la alimentación es impulsada por el hambre. Cuando los niños crecen, la capacidad de tener control sobre la ingesta se vuelve cada vez más compleja. Después, los niños comen porque les agrada el sabor, los demás están comiendo, o están contentos, y forman sus propias creencias acerca de la nutrición y la alimentación.

Las preferencias de los niños se forman y transforman a través de asociaciones positivas o negativas con la comida, generalmente dictadas por el contexto social, o por las consecuencias fisiológicas de la ingesta. Cook, Carnell, y Wardle (2006) encontraron indicios de que si uno modela experiencias positivas y exposiciones múltiples a frutas, verduras y proteínas, se observa una reducción en la neofobia alimentaria en niños de 4-5 años de edad. Es de suma importancia apoyar a los niños con estos problemas,

ya que pueden afectar su crecimiento y desarrollo. Esto apoya la necesidad de ser conscientes de cómo las asociaciones negativas pueden ser aprendidas en el contexto de la alimentación y el comer. Por ejemplo, la asociación negativa con los vómitos se presta a la asociación negativa aprendida de tener reflujo. Se puede inferir que, debido a que el bebé o niño tiene reflujo, él o ella aprenden rápidamente que cuando come no se siente bien. Por lo tanto, empieza a comer cada vez menos, lo que lleva a una ingesta oral limitada y a problemas de alimentación en general.

Al analizar por qué los niños tienen problemas de alimentación, Batchelor (2008) examinó la creencia de que la falta de crecimiento no orgánica siempre era debida a maltrato o abuso emocional y explica que, en realidad, la mayoría de esos niños no están creciendo debido a la insuficiencia la ingesta calórica. De acuerdo con esta autora, estos problemas se originan en los niños y pueden estar vinculados a “la interacción entre el niño y quienes les dan de comer, facilitados o entorpecido por el entorno en el que la alimentación se lleva a cabo” (p. 150). Incluye déficits en el apetito, las habilidades orales y motrices, o aversiones debido a las texturas de alimentos.

Datos recogidos a partir del estudio de Franklin y Rodger (2002) encontraron que el temor de los padres por la supervivencia de sus hijos contribuía al estrés crónico. Si se les daba una derivación temprana para recibir ayuda se reducía su estrés. Los padres también informaron experimentar menos estrés cuando su hijo estaba subiendo de peso y la nutrición estaba siendo gestionada. Durante la intervención de terapia ocupacional para bebés y niños pequeños, es también importante abordar las preocupaciones de los padres ya que la evidencia sugiere que el apoyo profesional es clave en la reducción de su estrés. Si los padres están menos estresados son más propensos a poner en práctica las sugerencias, seguir construyendo experiencias positivas en torno a la hora de comer, y continuar con el programa de tratamiento del niño.

Los niños con parálisis cerebral u otros trastornos del desarrollo neurológico a menudo tienen déficits en el área de la alimentación y el comer (Sleigh, 2005). Los trastornos pueden deberse a patrones de movimiento inmaduro y a reflujo,

a una aceptación limitada de texturas, o a una anomalía estructural no diagnosticada, como paladar hendido submucoso. Esto contribuye a que la hora de comer sea estresante e indebidamente prolongada para la familia y hace difícil que sea un evento familiar agradable. Estos niños tienen múltiples interacciones desagradables con la alimentación y el comer, tales como náuseas, vómitos, o la colocación sondas nasogástricas. Las experiencias refuerzan de manera negativa los problemas de alimentación y, en definitiva, los niños se niegan a comer por la boca o desarrollan respuestas de aversión a cualquier tipo de estimulación cerca o alrededor de la boca (Couriel, et al., 1993).

Los niños con trastorno del espectro autista (TEA) demuestran hábitos específicos relacionados con la alimentación (Shareck et al, 2004). Según información de los padres y cuidadores, los niños con TEA suelen preferir los mismos alimentos, con una fuerte tendencia a comer alimentos del mismo color, en un paquete específico, y pueden negarse a comer alimentos nuevos o que tengan una cierta textura (Ahearn et als., 2001). Después de examinar a niños con TEA en su clínica, Wing (2001) determinó que el 67% de los 230 niños demostraban comportamientos maladaptativos en relación a la alimentación y a la elección de los alimentos, lo que influenciaba la hora de las comidas.

Es crucial proporcionar tratamiento a los niños resistentes o rígidos con los alimentos, porque esto puede afectar negativamente el crecimiento y la nutrición, así como sus interacciones sociales y emocionales con la familia y sus pares (Ernsperger y Hanson, 2004), incluyendo las experiencias sociales y culturales que implican una interacción con alimentos, tales como una comida social, una merienda o una celebración (Martins et als., 2008). Los niños con TEA pueden también tener problemas subyacentes de integración sensorial, específicamente en las áreas de sensibilidad sensorial, percepción sensorial deficiente o problemas de planificación motriz. Esto puede complicar la hora de comer en relación con los alimentos que escogen o insisten en comer (un sabor o textura específicos), así como en su capacidad para sostener un utensilio o mantener una posición erguida en su silla (Bodison et al., 2010; Ernsperger y Stegen-Hanson, 2004).

La identificación de las dificultades en las áreas de comer, la alimentación, y la hora de la comida apoya la necesidad de derivar a los niños con estos problemas a terapia ocupacional. En el documento “Marco de la Práctica de Terapia Ocupacional” (AOTA, 2008) se expresa que los terapeutas ocupacionales apoyan “la salud y la participación en la vida mediante la participación en ocupaciones” (AOTA, 2008). Está ampliamente documentado en el ámbito de aplicación de la terapia ocupacional que los terapeutas ocupacionales tienen la formación, el conocimiento y la experiencia necesarios para evaluar y proporcionar intervención en el área de la alimentación, el comer y la deglución. Esto incluye la incorporación de los aspectos físicos, cognitivos, sociales, emocionales y culturales de la alimentación, el comer y la hora de las comidas, y como hemos visto a través de la revisión de la literatura, todos son necesarios (AOTA, 2007).

Los terapeutas ocupacionales entienden la necesidad de reconocer no sólo los déficits del niño, sino también de comprender y abordar las preocupaciones y necesidades de los padres o cuidadores. La evidencia sugiere que el apoyo profesional es clave en la reducción de estrés de los padres. Cuando el estrés se reduce, el padre o cuidador es más apto para llevar a cabo las sugerencias del terapeuta y seguir construyendo experiencias positivas en torno a la hora de comer. Por lo tanto, nos preguntamos ¿cuáles son los patrones en los niños con problemas de alimentación identificados que pueden tener una influencia sobre la hora de comer? La identificación de patrones o frecuencias de dificultades de la hora de comer nos proporciona una comprensión de la dirección que deben seguir las futuras investigaciones en esta población.

## Método

### Diseño de la Investigación

Este fue un estudio clínico descriptivo. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas. Una de las ventajas de las preguntas abiertas es que permiten a los padres a responder con mayor flexibilidad, con una mayor amplitud de respuesta, y sin ser guiados en una dirección específica (Dumholdt, 2004). Una ventaja a la realización de un cuestionario es que el investigador no necesitaba estar presente, lo que abrió posibilidades a un mayor número de participantes (Hicks, 2004).

nario es que el investigador no necesitaba estar presente, lo que abrió posibilidades a un mayor número de participantes (Hicks, 2004).

### Supuestos

El cuestionario estaba disponible en inglés y castellano. Un supuesto era que el padre o cuidador era capaz de leer el cuestionario y escribir las respuestas (en inglés o castellano). Otro supuesto era que la persona que completaba el cuestionario era veraz y exacta en sus respuestas, y que respondía concienzudamente.

### Limitaciones

Una limitación de este estudio es que todos los participantes provenían de una sola clínica en el oeste de los Estados Unidos (área urbana). Otra limitación es la posibilidad de sesgo de autor, debido a que fue el recopilador de datos, además de ser un terapeuta que trata niños con trastornos de la alimentación.

### Definiciones operativas

En este estudio, el cuestionario fue entregado a los padres o cuidadores de niños con *problemas de alimentación identificados*. Esto se definió como un niño que tiene dificultades para alimentarse o comer debido a problemas sensoriales, motrices o médicos, con o sin un diagnóstico médico formal. Los problemas pueden haber sido identificados por un padre o cuidador, un pediatra, un gastroenterólogo, un terapeuta ocupacional o un logopeda.

### Procedimiento

#### Participantes

Hubo 60 participantes en el estudio. Eran padres de lactantes y niños (45 niños, 15 niñas) de entre cuatro meses y dieciséis años de edad, con una edad media de 33,3 meses, que habían sido identificados con problemas de alimentación. Todos estos bebés y niños habían recibido o estaban recibiendo en el momento de la recolección de datos terapia ocupacional o logopedia para los problemas de alimentación identificados y provenían de una sola clínica en el oeste de los Estados Unidos. Las discapacidades de los niños

de los participantes era variada e incluían, pero no se limitaban a, los siguientes: retraso del desarrollo, síndrome de Down, autismo, parálisis cerebral, trastorno de integración sensorial o enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).

### Instrumentación

Este estudio utilizó un cuestionario para padres, desarrollado por Suzanne Evans Morris y Marsha Dunn Klein (2000). Se trata de un cuestionario de treinta y cinco puntos (ver Apéndice A), disponible en inglés o castellano, y está disponible para su uso en el libro *Habilidades de Pre-alimentación, Un Recurso Integral para el Desarrollo a la Hora de Comer* (Evans Morris y Klein Dunn, 2000). Se utilizó un lápiz o un bolígrafo para completar el cuestionario. No se necesitaron otros instrumentos de recogida de otros datos para este estudio.

### Procedimientos para la Recolección de Datos

La aprobación para la realización de este estudio se obtuvo en la Universidad de la Misericordia a través de la Junta de Revisión Institucional (Institucional Review Board - IRB). Todos los participantes firmaron el “consentimiento para la revisión de los expedientes” en las instalaciones donde se recogieron los datos, indicando su consentimiento para participar en este estudio. Este formulario de consentimiento es una parte de la práctica habitual en esta clínica y se convierte en una parte de la historia clínica.

El padre o cuidador había completado el cuestionario, ya sea antes de la primera visita con el te-

rapeuta, después de haberla recibido por correo, o se les había entregado en las primeras sesiones de terapia. Si el lenguaje de los cuidadores principales era el castellano se les ofreció una versión del cuestionario en ese idioma. Completar el cuestionario lleva aproximadamente diez minutos y las instrucciones de cómo hacerlo se le dieron a los padres o cuidadores, ya sea verbalmente (en inglés o castellano) o en una carta impresa (en inglés o castellano).

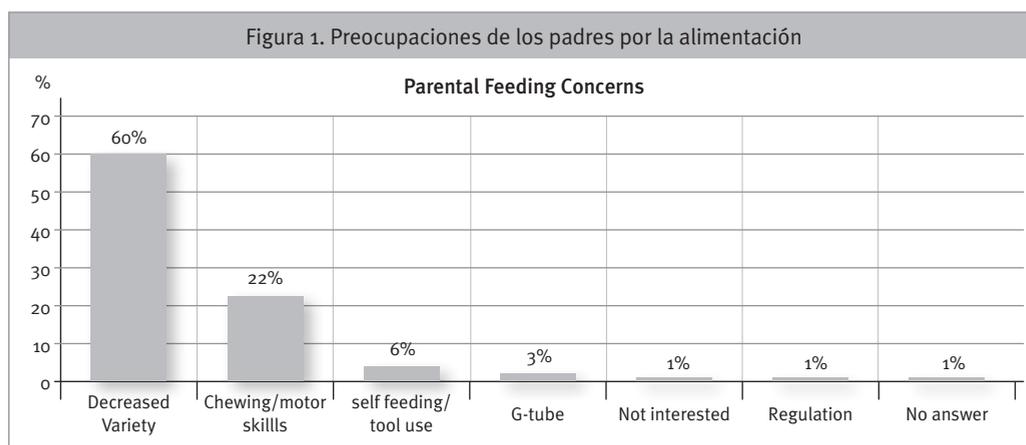
### Análisis de datos

Cada pregunta se analizó de forma independiente de las demás. El investigador agrupó manualmente las respuestas a cada una de las treinta y cinco preguntas abiertas en categorías similares. Esto resultó en un número de frecuencia y porcentajes para cada una de las categorías identificadas.

### Resultados

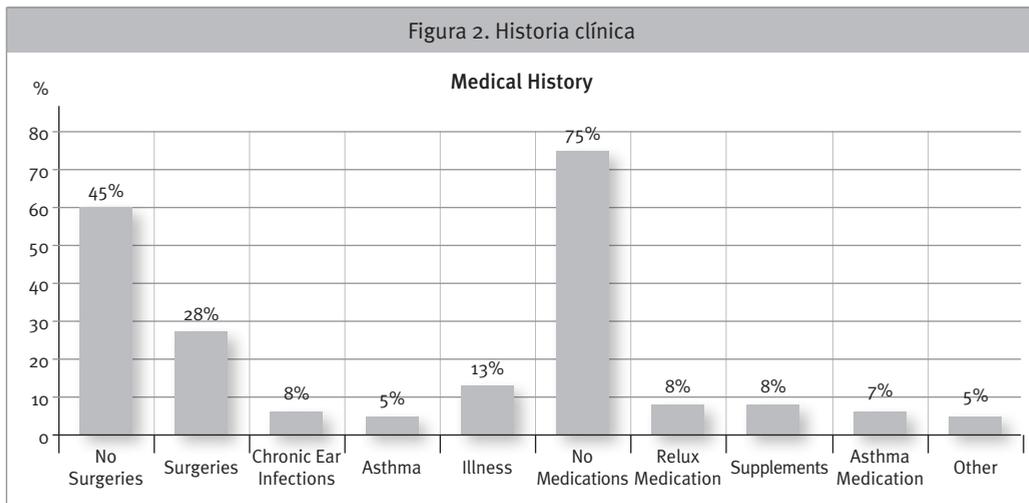
#### Preocupaciones de los padres

Las principales preocupaciones de los padres con respecto a la alimentación de sus hijos incluían la limitación en la variedad de alimentos (63%), dificultades para masticar o habilidades motrices (22%), y las habilidades limitadas para utilizar herramientas o alimentarse independientemente (6%). Sólo un 3% mencionó la transición de la sonda de gastrostomía a la alimentación oral, mientras que sólo un 1% mencionó el desinterés por la comida, la falta de regulación o ninguna respuesta, tal como se ve en la Figura 1.



No hubo respuestas comunes entre los padres entrevistados sobre antecedentes quirúrgicos o de enfermedad, y el 45% no mencionó ninguna. Muy pocos niños estaban tomando medicamentos. Entre los medicamentos mencionados, se incluían dos medicamentos para el reflujo (8%) y un ablandador de las heces (5%). Aunque sólo el 8% de los padres informaron que su hijo estaba tomando medicación para el reflujo, el 21% de los padres afirmó que el reflujo era un pro-

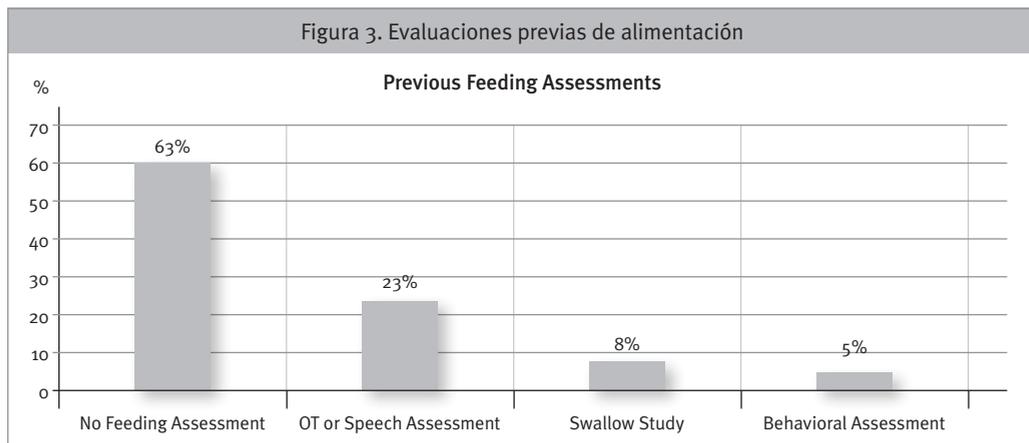
blema. Esto sugiere que más niños, en opinión de los padres, estaban experimentando reflujo, pero no estaban siendo tratados médicamente por ese problema. Otros dos problemas mencionados incluyeron náuseas (53%) y vómitos (18%). En general, las alergias entre los niños o los padres no fueron significativas. En los niños se informó que el 85% no padecía alergias, al igual que el 57% de los padres u otro miembro de la familia.



### Servicios Terapéuticos

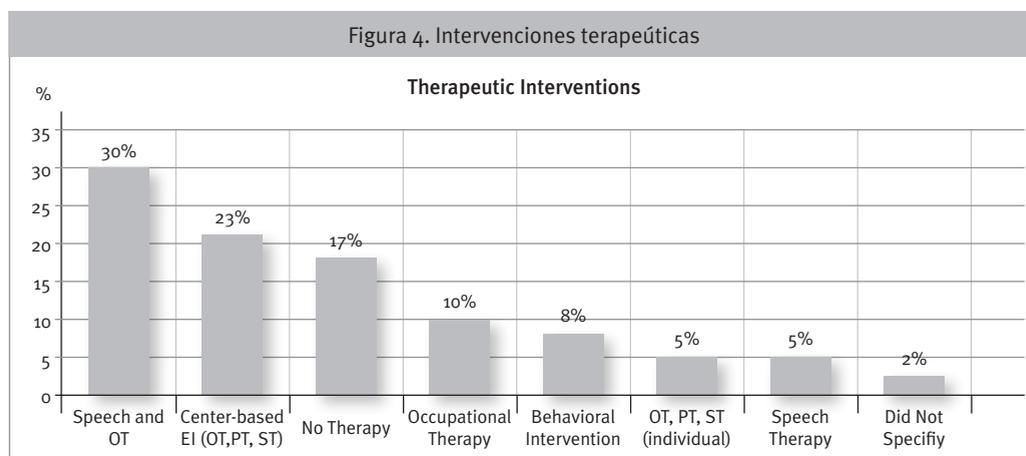
Un hallazgo interesante, según la información de los padres, es que sus hijos no habían recibido

ninguna evaluación de la alimentación (63%), como se ve en la Figura 3.



Sin embargo, a pesar de este hallazgo, la gran mayoría de los niños estaba recibiendo alguna intervención terapéutica: terapia ocupacional,

fisioterapia, logopedia, terapia conductual o una combinación de algunas de ellas (81%), como se observa en la Figura 4.



Las recomendaciones de un dietista pueden ser de ayuda para los padres cuando un niño tiene dificultades en el ámbito de la alimentación y el comer. Sin embargo, el 90% de los padres señalaron no haber visitado a un dietista. Los padres que indicaron haber consultado una o más veces con un especialista en dietética constituyeron el 7%, mientras que el 3% sólo recibió una consulta. En cuanto a la participación en la escuela, el 80% asistía al colegio o a preescolar o jardín de infancia, el 3% no estaban en edad preescolar, y un 2% asistía a clases junto con sus madres.

### Historia de la Alimentación

Las tendencias de la lactancia materna en los Estados Unidos indican que hasta un 77% de las madres amamantan a sus hijos (McDowell et al., 2008). En el cuestionario se informó que el 78% de las madres habían amamantado a sus hijos y el 17% de ellas lo había hecho con exclusividad de otras formas de alimentación. Dentro del grupo de padres que dieron el biberón a su hijo, el 58% indicó que a su niño le fue bien con la fórmula, mientras que el 17% informó sobre la presencia de problemas no especificados.

Casi la mitad (45%) de los padres respondió que introdujeron purés en la dieta de su hijo a los 6

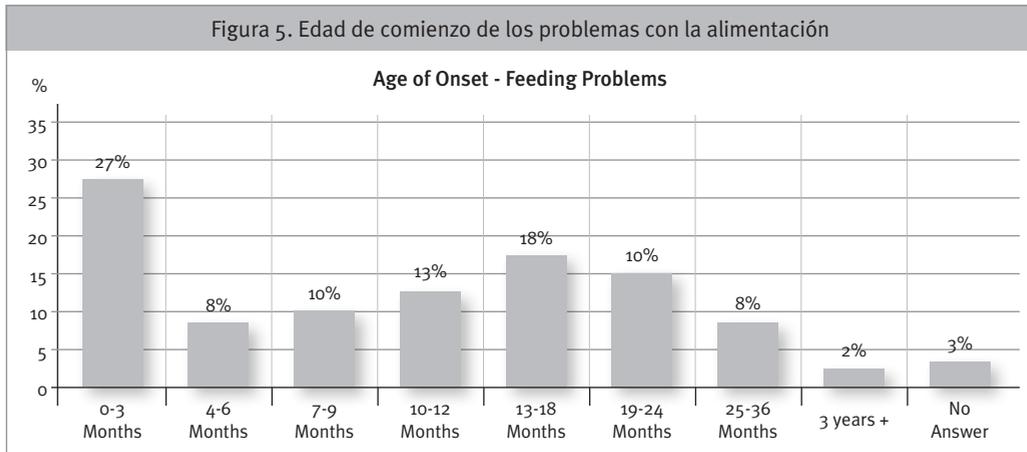
meses y la mayoría (62%) lo hicieron con “buenos” resultados. Sin embargo, en el 58% de los niños se informó que existieron dificultades en la transición a los alimentos sólidos. En más de la mitad (58%) de los niños se encontró que el inicio de los problemas de alimentación se produjo entre el nacimiento y los 12 meses de edad, como se indica en la Figura 5.

Los comentarios abiertos ofrecieron una idea sobre el impacto de la alimentación en las luchas cotidianas, esperanzas y el deseo de que se terminen las dificultades. Estos comentarios no se pueden categorizar sino señalando las palabras de los propios padres. Los resultados generales del análisis de los datos obtenidos por los cuestionarios de la hora de comer arrojó información sobre las frecuencias de cuándo empezaron las dificultades, y curiosamente sugirió que los niños con problemas de alimentación habían participado en al menos un tratamiento, pero no había recibido una evaluación de la alimentación.

### Rutina actual de Alimentación

Se recomienda que los niños pequeños y los niños mayores coman tres comidas principales cada día, de 2 a 3 meriendas, y que tengan algún tipo de horario de la hora de comer, no dejando

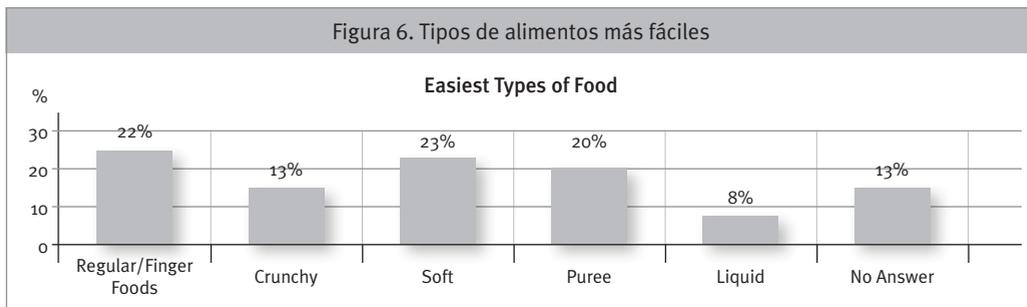
Figura 5. Edad de comienzo de los problemas con la alimentación



que el niño coma a voluntad durante todo el día. Los datos del cuestionario indican que el 47% de los niños comía tres comidas y dos meriendas o más por día, el 20% comía tres comidas y un bocadillo o no, mientras que el 5% no tenía ningún tipo de horario. Los niños eran alimentados por sus madres, padres, o una combinación de ambos con mayor frecuencia (85%), de los cuales un 33% eran alimentados solamente por su madre. “Otros miembros de la familia”, fue la respuesta más común a la pregunta quién más alimentaba a sus hijos (88%). La mayoría de las comidas tenían lugar en una trona o en una silla con un cojín a la mesa (73%). Un grupo más pequeño incluía los niños que veían la televisión o DVD o deambulaba durante la comida (23%).

También se encontraron variaciones en sabores, texturas y temperaturas. No hubo indicios significativos de fuertes variaciones en la temperatura ya que un 50% de los padres informaron de su hijo prefería alimentos tibios o a temperatura ambiente. El tipo de alimentos identificado como más fácil fueron los purés (55%) (Figura 6) y el tipo más difícil fue duro o masticable (58%) (Figura 7). Del mismo modo, cuando se preguntó específicamente por la textura, el 30% prefería crujiente y el 37% prefería los alimentos lisos o blandos, mientras que las preferencias de sabor favorito se han señalado como el 28% salado / crujiente, 33% dulce y el 28% una combinación de salado/crujiente y dulce (Figura 8).Figura 6

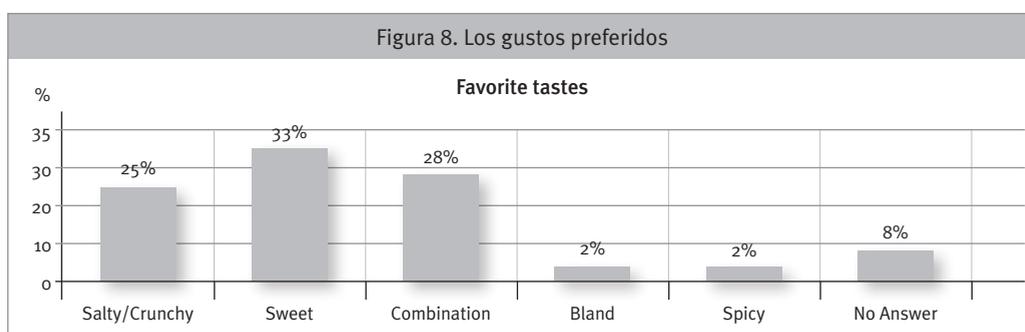
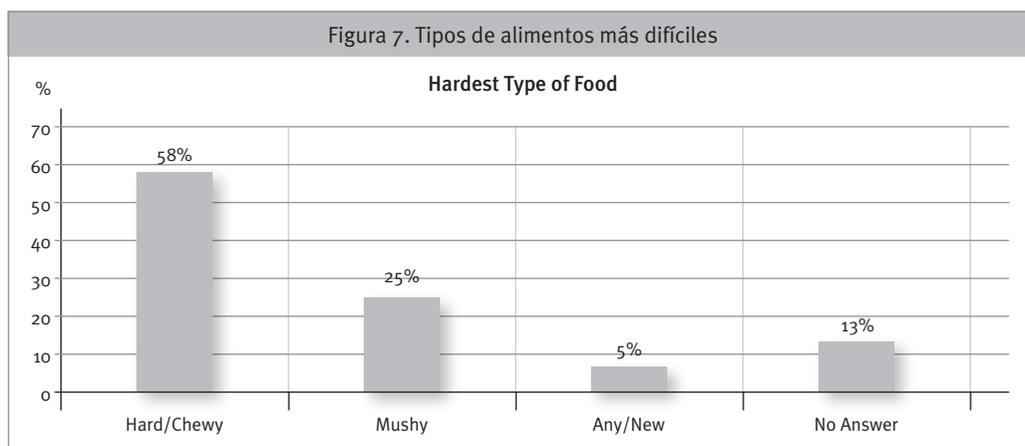
Figura 6. Tipos de alimentos más fáciles



## Discusión

Los padres que completaron el cuestionario Hora de Comer indicaron que sus principales preocupaciones incluían la limitación en la variedad de

los alimentos de sus hijos y las dificultades con las habilidades motrices o de masticación. Esto es apoyado por Batchelor (2008), como se ha señalado al hablar de por qué los niños tienen problemas de alimentación, incluyendo deficiencias



en el apetito, las habilidades orales y motoras, o aversiones a la textura de los alimentos. Couriel et al. (1993) observó que los niños con deficiencias motoras pueden tener una aceptación limitada de texturas que pueden contribuir a que la hora de la comida sea larga y estresante. Estas experiencias a la hora de comer, que son a menudo displacenteras, pueden estar asociado con náuseas o vómitos. Las respuestas de los padres al Cuestionario para Padres Hora de Comer, indicaron que sus hijos tenían algunos problemas con náuseas o vómitos, aunque en este cuestionario el grado en que esto afecta negativamente la hora de la comida en general no se observa. El cuestionario no ofrecía la oportunidad de indicar la gravedad o la frecuencia de las náuseas o vómitos, si estaba relacionado con reflujo gastrointestinal o si era un problema motor o sensorial.

Ahearn et al. (2001) señalaron que los padres y cuidadores informaron que los niños con TEA suelen preferir siempre los mismos alimentos

con una tendencia a comer alimentos del mismo color, en un paquete específico, y pueden negarse a comer alimentos nuevos o alimentos de una cierta textura. En los resultados del Cuestionario para Padres Hora de Comer no se encontró una fuerte frecuencia de texturas preferidas. Se encontró que la preocupación principal de los padres era la selección limitada de alimentos, y que sus hijos también tenían grandes dificultades al pasar a las texturas con grumos.

Como se mencionó anteriormente, los terapeutas ocupacionales tienen la educación, el conocimiento y la experiencia para evaluar y proporcionar una intervención a los clientes en el área de la alimentación, comer y tragar. Esto incluye la incorporación de los aspectos físicos, cognitivos, sociales, emocionales y culturales de la alimentación, el comer y la hora de comer (AOTA, 2007). Es interesante que en los resultados del Cuestionario para Padres Hora de Comer, a la mayoría de los clientes no se le había realizado

una evaluación de la alimentación. Sin embargo, estaban participando en terapias individuales o en una combinación de terapias de algún tipo (logopedia, terapia ocupacional, fisioterapia, y / o terapias de comportamiento). No quedaba claro dónde se había producido el quiebro en el proceso de derivación que había hecho posible que los niños estuvieran recibiendo tratamiento, pero no se les hubiera realizado una evaluación de la alimentación. Posiblemente ocurrió debido a que el niño había sido derivado a una evaluación general de terapia ocupacional o logopedia, y en el proceso de esa evaluación se habían identificado los problemas de alimentación.

### Conclusión

El Cuestionario para Padres Hora de Comer arrojó luz sobre una variedad de áreas relacionadas con los niños con problemas de alimentación. En general, lo que más preocupaba a los padres era la falta de variedad en la dieta de sus hijos, así como sus habilidades motoras generales (por ejemplo, masticar). Estos dos elementos dan apoyo a los hallazgos de que los niños habían tenido dificultades al pasar a las texturas con grumos. La dificultad en la transición puede ser influenciada tanto por una aversión táctil a ciertas texturas (que contribuyen a la selección limitada de alimentos) y/o a déficits en las habilidades motrices. Haciendo suposiciones sobre los datos recogidos, puede asumirse que muchos de los niños tenían o actualmente tienen problemas de reflujo, náuseas o vómitos. Sin embargo, el cuestionario no es lo suficientemente sensible como para dar información adecuada sobre la gravedad de esos eventos o la capacidad para comparar la frecuencia de la ocurrencia. Es interesante resaltar desde el punto de vista clínico que, al realizar una historia de la alimentación utilizando el cuestionario, en ocasiones había muchos signos o síntomas de reflujo. Sin embargo, cuando se le preguntaba, el padre informaba de que el niño no tenía este diagnóstico. Una vez más, esto puede ser un área de investigación futura en que es posible que los padres no reconozcan los signos y síntomas de reflujo. Si no es diagnosticado y tratado, el reflujo puede contribuir al deterioro de la alimentación y el comer.

Muchos padres informaron que las dificultades de sus hijos comenzaron entre el nacimiento y

los 12 meses, sin embargo, no hubo derivación a una evaluación de alimentación. Los resultados indican que los niños estaban recibiendo tratamiento a pesar de no haberseles realizado una evaluación de alimentación. Esto demuestra la necesidad de seguir investigando sobre el área del proceso de derivación y evaluación y, específicamente, la derivación a un terapeuta calificado, entrenado en alimentación, el comer y la deglución.

Este estudio exploratorio ha comenzado a delinear frecuencias en el ámbito de las preocupaciones de los padres, cuándo empezaron las dificultades, cuáles son los servicios que el niño puede estar recibiendo, y otras áreas de dificultad (náuseas, reflujo y vómitos). Sería beneficioso para ampliar esta información aumentar nuestro conocimiento y comprensión de los puntos en común entre lo que los padres informan sobre las dificultades que su hijo está teniendo en el ámbito de la alimentación, comer y la hora de comer.

### Referencias

- Addressi, E., Galloway, A.T., Visalberghi, E., & Birch, L.L. (2005). Specific social influences on the acceptance of novel foods in 2-5-year-old children. *Appetite*, 45, 264-271.
- Ahearn, W. H., Castine, T., Nault, K., & Green, G. (2001). An assessment of food acceptance in children with autism or pervasive developmental disorder – not otherwise specified. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(5), 505-511.
- American Occupational Therapy Association (2008). *Occupational therapy practice framework: Domain and process, 2<sup>nd</sup> edition*. Bethesda, MD: AOTA Press.
- American Occupational Therapy Association (2007). *Specialized knowledge and skills in feeding, eating, and swallowing for occupational therapy practitioners*. Bethesda, MD: AOTA Press.
- Batchelor, J. (2008). 'Failure to thrive' revisited. *Child Abuse Review*, 17, 147-159.
- Beautrais, A. L., Fergusson, D. M., & Shannon,

- F. T. (1982). Family life events and behavioral problems in preschool-aged children. *Pediatrics*, 70, 774-779.
- Bodison, S., Hurtubise, C., Hsu, V., & Surfus, J. (2010). *Sensory Integration Answers for Mealtime Success*. Torrance, CA: Pediatric Therapy Network.
- Birch, L.L. (1990). Development of food acceptance patterns. *Development of Psychology*, 26(4), 515-519.
- Birch, L. L. (1998). Psychological influences on the childhood diet. *Journal of Nutrition*, 128, 407S-410S.
- Clawson, B., Selden, M., Lacks, M., Deaton, A., Hall, B., & Bach, R. (2008). Complex pediatric feeding disorders: Using teleconferencing technology to improve access to a treatment program. *Pediatric Nursing*, 34(3), 213-216.
- Cooke, L., Carnell, S., & Wardle, J. (2006). Food neophobia and mealtime food consumption in 4-5 year old children. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 3(14), 1-6.
- Couriel, J., Bisset, R., Miller, R., Thomas, A., & Clarke, M. (1993). Assessment of feeding problems in neurodevelopmental handicap: A team approach. *Archives of Disease in Children*, 69, 609-613.
- Domholdt, E. (2004). *Rehabilitation research: Principles and applications*. Maryland Heights, MO: Evolve, Inc.
- Ernsperger, L., Stegen-Hanson, T. (2004). *Just take a bite: Easy, effective answers to food aversions and eating challenges*. LaVergne, TN: Ingram Publishing Services.
- Evans Morris, S. & Dunn Klein, M. (2000). *Pre-feeding Skills, A Comprehensive Resource For Mealtime Development, 2<sup>nd</sup> edition*. Austin, Tx: Therapy Skill Builders.
- Franklin, L. & Roger, S. (2002). Parents' perspectives on feeding medically compromised children: Implications for occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 50, 137-147.
- Hicks, C. (2004). *Research methods for clinical therapists: Applied project design and analysis*. London, England: Elsevier Limited.
- Martins, Y., Young, R.L., & Robson, D.C. (2008). Feeding and eating behaviors in children with autism and typically developing children. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 38, 1878-1887.
- McDowell M. A., Wang C-Y, Kennedy-Stephenson J. (2008). *Breastfeeding in the United States: Findings from the National Health and Nutrition Examination Surveys 1999-2006*. NCHS data briefs, no. 5, Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- O'Brien, S., Repp, A.C., Williams, G.E., & Christophersen, E.R. (1991). Pediatric feeding disorders. *Behavior Modification*, 15, 394-418.
- Schreck, K. A., Williams, K., & Smith, A. (2004). A comparison of eating behaviors between children with and without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(4), 433-438.
- Sleigh, G. (2005). Mothers' voice: A qualitative study on feeding children with cerebral palsy. *Child: Care, Health, & Development*, 31(4), 373-383.
- Wing, L. (2001). *The Autistic Spectrum: A Parent's Guide to Understanding and Helping Your Child*. Ulysses Press.

- Recibido: 27-06-2012.
- Aceptado: 08-01-2013.