

Prácticas alimentarias y Paternidad responsable: Camino a la salud de los niños y a una familia feliz

Lynne Allison Daniels

School Exercise and Nutrition Sciences, Facultad de Salud, Universidad de Tecnología de Queensland, Brisbane, QLD, Australia

Mensajes clave

- **La alimentación y la paternidad están vinculados inextricablemente. Le dan forma al entorno alimentario que interacciona con la genética para influir en el desarrollo de los patrones de alimentación del niño que, a su vez, son determinantes clave de los hábitos alimentarios para toda la vida y los resultados de salud asociados.**
- **Los padres frecuentemente malinterpretan la conducta alimentaria “normal” del niño como una causa de preocupación y responden con prácticas alimentarias coercitivas, no responsivas que se asocian con resultados adversos para las preferencias alimentarias del niño, la regulación del apetito y el estado del peso. Además, dichas prácticas pueden ser una fuente de estrés tanto para los padres como para el niño.**
- **Los padres responden positivamente a las intervenciones diseñadas para promover las prácticas alimentarias responsivas con resultados positivos para la conducta alimentaria y el crecimiento del niño, el estrés y la angustia relacionados con la alimentación del niño e interacciones más amplias entre los padres y el niño y la felicidad y bienestar de la familia.**

Palabras clave

Conducta alimentaria del niño · Prácticas alimentarias de los padres · Intervención alimentaria temprana · Prácticas alimentarias responsivas · RCT NOURISH

Resumen

La alimentación y la paternidad están vinculados inextricablemente. Las interacciones bidireccionales complejas entre las prácticas alimentarias de los padres y la conducta alimentaria del niño dan forma al entorno alimentario temprano que, a su vez, interactúa con las predisposiciones genéticas para establecer las bases para los hábitos alimentarios para toda la vida y los resultados de salud. La alimentación de los padres y el comer del niño (y padres) son centrales para el entramado de la vida familiar y están sólidamente enraizados en la cultura y la tradición. A pesar de eso, muchos padres experimentan estrés y ansiedad relacionados con esta tarea omnipresente de la paternidad y perciben a su hijo como un “niño irritable para comer” o un “niño difícil para comer.”

Los padres comúnmente malinterpretan la conducta alimentaria hereditaria y “normal” en cuanto al desarrollo del niño, como rehusarse a comer, como una causa de preocupación. Con el fin de lograr que su hijo “coma bien”, los padres responden con prácticas alimentarias coercitivas, como presión, recompensa y restricción. También es común la

alimentación emocional que usa la comida para reconfortar, distraer, calmar o dar forma a la conducta. Aunque es bien intencionada, estas prácticas alimentarias no responsivas, centradas en los padres en lugar de centrarse en el niño, son ineficaces e incluso contraproducentes. Los padres enseñan a los niños a comer por razones no relacionadas con el apetito y, por tanto, comen más de lo que necesitan y fracasan en el apoyo del desarrollo de preferencias alimentarias saludables y la regulación del apetito. Las intervenciones alimentarias tempranas son necesarias para ayudar a los padres a comprender la conducta alimentaria normal del niño y promover prácticas alimentarias responsivas y la paternidad alimentaria eficaz. El objetivo de este capítulo es revisar (1) la conducta alimentaria “normal” de niños pequeños, (2) el rango de prácticas y estrategias alimentarias que los padres usan para responder y tratar de dar forma a estas conductas, (3) la evidencia de los enfoques para alimentar niños pequeños que tienen el potencial de reducir el conflicto relacionado con la alimentación del niño y promover patrones alimentarios saludables para toda la vida que son un determinante clave para la salud y el bienestar a largo plazo y (4) proporcionar un panorama general de una intervención alimentaria temprana, NOURISH, la cual demuestra un impacto positivo en las prácticas alimentarias maternas y, potencialmente, reducen la ansiedad y estrés de los padres en relación con la alimentación.

Introducción

La alimentación y la paternidad están vinculados inextricablemente, y la alimentación del lactante es central para las primeras interacciones materno-infantiles [1]. Tanto la alimentación como la paternidad contribuyen al desarrollo y bienestar físico, social, cognitivo y conductual [2-4]. De manera consistente con el modelo de curso de vida [5], la genética y el entorno alimentario temprano interactúan para dar forma a las preferencias alimentarias, la ingesta alimenticia y las conductas del niño [6]. Estos establecen las bases para los hábitos y conductas alimentarios para toda la vida que, a su vez, son predictores influyentes de los resultados de salud a largo plazo, como la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y algunos cánceres [7]. Los padres son los guardianes del entorno alimentario temprano que se forma por medio de las interacciones complejas entre padres e hijos en el contexto de la alimentación y comer. Estas interacciones se conocen como “paternidad alimentaria” [8]. En paralelo con los conceptos generales de la paternidad, se considera que la paternidad alimentaria incluye el estilo y las prácticas alimentarios. El estilo alimentario es el clima emocional amplio de la dinámica y las prácticas alimentarias son las estrategias y acciones específicas (el “cuándo, qué y cómo”) de la alimentación del niño [8]. En este artículo, “alimentación” se refiere a lo que los padres hacen para nutrir a su hijo. “Comer” es lo que hace el niño e incluye las preferencias alimentarias, la ingesta alimenticia (nutrimentos y alimentos) y la conducta alimentaria. Día tras día es más evidente que la paternidad alimentaria implica interacciones bidireccionales en donde las prácticas alimentarias de los padres pueden influir y/o responder a las conductas alimentarias del niño [9-11].

La alimentación de los padres y el comer del niño son centrales para el entramado de la vida familiar y están sólidamente enraizados en la cultura y la tradición. A pesar de eso, muchos padres experimentan estrés y ansiedad relacionados con esta tarea omnipresente de la paternidad y perciben a su hijo como un “niño difícil para comer”. Las tensiones y las batallas relacionadas con la alimentación de los niños pequeños son comunes y tienen el potencial de tener un impacto en la calidad de la hora de la comida de la familia, la confianza de los padres y la dinámica familiar y el bienestar [12]. El objetivo de este capítulo es revisar (1) nuestro entendimiento de la conducta alimentaria “normal” de los niños pequeños, (2) el rango de prácticas alimentarias y las estrategias que los padres usan para responder y tratar de dar forma a estas conductas, (3) la evidencia de los enfoques para alimentar a los niños pequeños que tienen el potencial de reducir el conflicto relacionado con la alimentación de los niños y promover patrones alimentarios saludables para toda la vida y (4) proporcionar un panorama general de una intervención alimentaria temprana, NOURISH, que demuestra un impacto positivo y prácticas alimentarias maternas mejoradas.

Conductas alimentarias “normales” del niño y Características del apetito

Las conductas alimentarias del niño son un producto de las interacciones complejas entre la genética y el entorno [13, 14]. Los lactantes nacen con predisposiciones que incluyen una preferencia para los sabores dulces y el rechazo de los sabores amargos/ácidos y alimentos nuevos o desconocidos. Probablemente, estas predisposiciones genéticas tuvieron ventajas evolutivas, en donde, el niño ya aceptaba alimentos dulces con alto contenido energético (incluyendo la leche materna) y evitaba lo amargo (por ejemplo,

verduras) y alimentos desconocidos que eran potencialmente tóxicos. Estas preferencias ya no son adaptables en nuestro entorno alimentario actual en donde nuestro suministro de alimentos es muy seguro, los alimentos con alto contenido energético ya están disponibles y prevalece la obesidad infantil [15-18]. La neofobia o el rechazo de los alimentos nuevos se presenta desde la ablactación y se fortalece con la autonomía del niño que llega a su pico a los 2-5 años de edad [17, 18]. Estas preferencias congénitas hereditarias se pueden modificar por medio de experiencias alimentarias tempranas, como la exposición neutral repetida para facilitar la familiaridad y la aceptación [16-21]. Parece que las preferencias por los alimentos se establecen ampliamente a los 3-5 años de edad y persisten con el tiempo [18-21]. Los lactantes también tienen una capacidad congénita para regular su ingesta energética que necesitan y operan por medio de indicaciones de hambre y saciedad. El reconocimiento y respuestas de los padres a estas indicaciones son un componente integral de la paternidad alimentaria y puede apoyar o socavar esta autoregulación intrínseca, la cual proporciona las bases para el crecimiento y el estado del peso saludables a largo plazo [3, 4, 22, 23].

Las conductas alimentarias en la niñez (2-8 años) se describen y evalúan ampliamente usando el Cuestionario de conducta de alimentación infantil (CEBQ). Las escalas de 8 comportamientos/estilos (Tabla 1) se han categorizado ampliamente en 4 conductas de “acercamiento” a los alimentos y 4 conductas para “evitar” los alimentos [24]. El cuestionario paralelo de comportamiento alimentario del bebé [25] también se desarrolló para su uso en lactantes. Incluye 4 principios en común con el CEBQ (Tabla 1), con elementos modificados para representar la alimentación con leche y un elemento único adicional “mi bebé tenía mucho apetito”. Más recientemente, ha quedado claro que estas conductas tienen un componente genético sólido y ahora, con frecuencia, se les conoce como “características del apetito” [26, 27]. Los niños con puntuaciones altas en las escalas de “acercamiento a los alimentos” o “evasión de los alimentos” se han descrito como niños con un apetito “grande” o “pequeño”, respectivamente, y estos clústeres de características se han asociado prospectivamente con el estado del peso [13, 28]. La evidencia reciente indica que, a pesar de ser hereditarios, estas características/conductas son hasta cierto grado tanto responsivas a y capaces de impulsar o ser impulsados por la paternidad alimentaria [9, 11, 29, 30, 31].

Tabla 1. Subescalas del CEBQ validado para su uso en niños de 2 a 8 años [24]

Escala de conductas	Núm. de elementos; ejemplo
<i>Conductas de acercamiento a alimentos</i>	
Capacidad de respuesta alimentaria ^a	5 elementos; “mi hijo siempre pide comida”
Sobreingesta emocional	4 elementos; “mi hijo come más cuando está ansioso”
Deseo de tomar líquidos	3 elementos; “mi hijo siempre pide algo de tomar”
Disfrutar la comida ^a	4 elementos; “a mi hijo le encanta la comida”
<i>Conductas de rechazo de alimentos</i>	
Capacidad de respuesta a la saciedad ^a	5 elementos; “mi hijo se llena fácilmente”
Subingesta emocional	4 elementos; “mi hijo come menos cuando está cansado”
Lentitud para comer ^a	4 elementos; “mi hijo come más lento durante el curso de una comida”
Irritabilidad para comer	6 elementos; “mi hijo decide que no le gusta un alimento, sin probarlo”
CEBQ, Cuestionario de conducta de alimentación infantil (Children’s Eating Behaviour Questionnaire). ^a Principios paralelos incluidos en el Cuestionario de alimentación del bebé (Baby Eating Behaviour Questionnaire) [25].	

La problemática para comer (FF) o “conducta quisquillosa para comer” (picky eater) es una conducta alimentaria reportada por 10-50% de los padres y una fuente de preocupación y conflictos considerables en las familias [18, 32-35]. No existe un consenso en las definiciones de “irritable” o “problemático” para comer [33]. Esta etiqueta general se atribuye a un clúster de conductas del niño que se centran en el rechazo de los alimentos, en donde anecdóticamente, el niño no come lo que su cuidador considera que debe comer. Los padres quieren que su hijo “coma bien” y lo alaban cuando come todo lo que le ofrecen [36]. FF es, en gran

parte, un asunto de percepción de los padres, lo cual confunde la interpretación de los estudios, ya que la mayoría de las herramientas de evaluación se basan en el autoinforme de los padres. FF normalmente incluye el rechazo de alimentos conocidos y desconocidos [32-34]. La neofobia o rechazo de alimentos desconocidos, con frecuencia, se etiqueta como FF, como se mencionó arriba, es una fase de desarrollo normal que alguna vez pudo haber conferido una ventaja evolutiva [16, 18]. También es hereditario pero varía con la edad, y algunos adultos conservan las conductas alimentarias neofóbicas (34, 37). Los padres, con frecuencia, reportan una preocupación sobre el apetito errático y el rechazo aparentemente “ad hoc” de los alimentos con el que su hijo está familiarizado y que normalmente come [32, 35]. Aunque con frecuencia se percibe como una conducta alimentaria “negativa”, dicha renuencia potencialmente da la señal de saciedad y la autoregulación intrínseca del niño entra en acción. También puede ser el medio por el cual un niño pequeño puede asegurar el surgimiento de su necesidad de autonomía [2, 3, 23, 32]. Los estudios prospectivos de calidad que examinan el impacto de FF en la ingesta alimenticia y el crecimiento medidos objetivamente son escasos [33]. De manera consistente con la noción de que FF es principalmente un asunto de la percepción de los padres de conducta alimentaria “normal” en relación con el desarrollo, hay poca evidencia de un impacto adverso de FF en el crecimiento y desarrollo en niños saludables nacidos a término del embarazo [36]. Sin embargo, existe evidencia de que las relaciones prospectivas bidireccionales entre FF reportado por la madre y las prácticas alimentarias maternas indeseables [11, 30]. Se ha demostrado que la preocupación de los padres (del padre y de la madre) (con qué frecuencia se preocuparon por los 4 aspectos de la irritabilidad al comer) media completamente las relaciones transversales entre FF y las prácticas alimentarias inadecuadas de los padres [38]. Un estudio reciente [36] reportó que 30% de las madres percibían a su hijo (edad de 14 meses) como un “niño irritable para comer”. Esta percepción se asoció con las madres que reportaban que su hijo generalmente decidía cuanto iba a comer y con un peso relativamente más bajo (medido por investigador), pero sin ingesta alimenticia o calidad evaluada objetivamente. Es importante mencionar que todos los niños estaban dentro del rango de peso saludable. La percepción de que su hijo es irritable para comer a los 14 meses, a pesar del estado del peso saludables y sin una reducción relativa medida de la calidad alimentaria, se asoció prospectivamente con paternidad alimentaria menos adecuada a los 2 años de edad [36]. En resumen, se trata de la caracterización del rechazo de alimentos normal desde el punto de vista del desarrollo en los niños pequeños como “quisquillosos para comer” y una conducta problemática de incumplimiento [35] que es más un problema que la conducta en sí. Ayudar a los padres a comprender que estas conductas alimentarias del niño comúnmente etiquetadas como “irritable” o “problemático” para comer se ven influenciados por la genética y la etapa de desarrollo y, que entonces, son “normales” y, que además, podrían ser señales importantes de saciedad, puede reducir la ansiedad y la preocupación relacionada con la alimentación y tiene un impacto positivo en la paternidad alimentaria.

Es imposible “hacer” que los niños coman. Los esfuerzos para lograrlo no sólo son ineficaces sino que también pueden ser contraproducentes en términos de desarrollar patrones alimentarios saludables a largo plazo

Las conductas alimentarias del niño se manifiestan en el contexto de las características del niño, como su temperamento, y tareas de desarrollo más amplias, como autonomía, separación, autoregulación y adquisición de habilidades motoras [2]. Desde los 12 a los 24 meses de edad, el crecimiento y el aumento de peso bajan de manera que se reduce la energía relativa y, por lo tanto, los requisitos de alimentos/apetito. Además, la neofobia aumenta y la separación/autonomía se convierte en la tarea de desarrollo clave [34, 35]. Repentinamente, los padres se enfrentan a un bebé que “comía bien” que estaba haciendo la transición a niño pequeño con un apetito errático y, en general, parece comer menos, insiste en alimentarse solo, a pesar de las habilidades motoras finas limitadas y sus habilidades para comer, empieza a mostrar las preferencias únicas y se rehúsa a comer alimentos que anteriormente aceptaba bien, necesita asegurar y probar su independencia emergente, es mucho más móvil y está menos dispuesto a sentarse quieto por periodos extendidos y, con frecuencia, se frustra con las muchas tareas del desarrollo emocional, cognitivo y físico [39]. La alimentación proporciona numerosas oportunidades todos los días para que el padre y el niño interactúen en relación con estos problemas y, si no se manejan bien, tiene un gran potencial para inducir

estrés y angustia en ambos. Es imposible “hacer que los niños coman”. Los esfuerzos para hacerlo, aunque sean bienintencionados, no sólo son ineficaces sino que también pueden ser contraproducentes en términos del desarrollo de patrones alimentarios saludables a largo plazo. Además, pueden socavar la confianza parental y la eficacia generales [2, 39].

En resumen, las conductas alimentarias de los niños son complejas e incluyen la expresión de las preferencias alimentarias congénitas y características del apetito, la neofobia, las respuestas emocionales a los alimentos y la regulación intrínseca de la ingesta por medio de señales de hambre/saciedad. En parte son hereditarias e influenciadas por un rango de otras características del niño como su temperamento (también hereditario), etapa de desarrollo y posiblemente el género [2, 39]. La comprensión que tienen los padres de estas conductas “normales” y las respuestas a las mismas se manifiestan en los estilos y prácticas alimentarios que, a su vez, influyen tanto en las conductas y hábitos alimentarios a corto y largo plazo. Cada vez queda más claro que la dinámica de alimentación padre-hijo es bidireccional. Claramente, no podemos trabajar directamente con los niños pequeños para influir sus conductas alimentarias tempranas. Sin embargo, la paternidad alimentaria es modificable [40-42]. Asegurar que los padres tengan expectativas realistas de la dinámica de alimentación temprana, así como la confianza y las habilidades para responder adecuadamente a la conducta del niño “normal” y cambiante en el contexto del desarrollo general del niño, tiene gran potencial para reducir la ansiedad y el conflicto.

Prácticas alimentarias de los padres y su relación potencial con los conflictos entre padres e hijos

Los padres, en especial las madres, reportan una ansiedad considerable en relación con la alimentación, de las cuales un tercio reportan que su hijo, que es saludable, pero fuera de eso es difícil o irritable para comer [32, 33, 41]. Existe un rango de factores sociales y biológicos que contribuyen a la noción común de que los lactantes y, es especial, los niños pequeños son “difíciles para comer”. Desde una perspectiva evolutiva, un suministro confiable y pleno de alimentos es un fenómeno muy reciente. Es creíble que las madres estén “cableadas” para alimentar a sus hijos tan frecuentemente y tanto como sea posible para asegurar su supervivencia. La alimentación infantil está fuertemente integrada en la cultura y la tradición, y las prácticas alimentarias se pasan de la abuela a la madre y de la madre a la hija [15]. Incluso en los países de ingresos altos, apenas hace 2-3 generaciones que alimentar a los niños ocurrió en un contexto de escasez comparativa de alimentos [43, 44]. Es probable que los enfoques tradicionales para alimentar a los niños en este contexto sean ineficaces, incluso contraproducentes, en nuestro entorno actual en donde los alimentos están ampliamente disponibles y son relativamente asequibles, los alimentos no saludables siempre están presentes y son muy comercializados, en especial, para los niños, y el consumismo es la “norma”. Además, se requieren nuevos enfoques para la alimentación infantil que se adapten a los cambios en los factores económicos y sociales (por ejemplo, estructuras familiares, patrones de trabajo de los padres, comer fuera) [15].

Desde una perspectiva sociológica, incluso en nuestras sociedades contemporáneas, existen expectativas generalizadas en relación con que las “mujeres buenas” son “buenas madres” y las “buenas madres” alimentan bien a sus hijos. Además de estas presiones están los consejos bien intencionados, pero potencialmente desinformados y poco constructivos de la familia y amigos y una gran cantidad de información disponible en internet con validez muy variable. A pesar de las buenas intenciones, es probable que los padres usen prácticas alimentarias tradicionales aconsejadas y apoyadas por la familia y los amigos sin comprender el impacto potencial en la salud del niño dentro del contexto del suministro de alimentos contemporáneos que ha cambiado radicalmente [2, 15]. Además, la “epidemia de obesidad” representa una presión adicional para los padres. Hay una mayor concientización de los resultados adversos a corto y largo plazo del sobrepeso/ de la obesidad. Con aproximadamente 25% de los niños y hasta 70% de los adultos por encima del rango de peso saludables [45], éste es un problema importante para muchas familias. Hasta tres cuartos de las mujeres entre las edades de 25-45 años (y, por lo tanto, madres), incluso las que están dentro del rango de peso saludable, reportan grados de trastornos de la alimentación o preocupación sobre su peso que interfiere con su felicidad [46]. Las madres probablemente desean evitar pasar a sus hijos sus

problemas relacionados con la comida y la alimentación. Existe evidencia de que las conductas alimentarias maternas se asocian con las prácticas alimentarias [47] y la conducta alimentaria del niño [48]. Además, incluso en las muestras no clínicas, existe una relación entre la alimentación del niño y el bienestar emocional y psicológico de los padres [49, 50]. Por eso no es extraño que los padres consideren que el “qué, cuándo, dónde y cómo” de la paternidad alimentaria sea una fuente de preocupación o conflicto.

Es probable que los padres usen prácticas alimentarias tradicionales aconsejadas y apoyadas por la familia y los amigos sin comprender el impacto potencial en la salud del niño dentro del contexto del suministro de alimentos contemporáneo radicalmente cambiado

Hay diversas conceptualizaciones y herramientas usadas para describir y medir las prácticas alimentarias de los padres [51-53]. La Tabla 2 resume una variedad de las prácticas alimentarias prevalentes con ejemplos prácticos. En una revisión reciente, Vaughn et al. [8] buscaron racionalizar los principios de la paternidad alimentaria y su terminología. Se identificaron 3 principios de paternidad alimentaria dominantes: control coercitivo; estructura; apoyo para promover la autonomía. El “control coercitivo” incluye presión y restricción autoritaria y manifiesta, ambas anulan las indicaciones de hambre y saciedad del niño y socavan su capacidad para autoregular la ingesta y, por consiguiente, se clasifican como prácticas alimentarias no responsivas [3, 4, 23]. Las prácticas alimentarias emocionales o instrumentales (por ejemplo, uso de la comida para calmar; ver la Tabla 2) también se categorizan como no responsivas [53]. Estas prácticas alimentarias controladas, centradas en los padres son prevalentes y postuladas para enseñar a los niños a comer más de lo que quieren o necesitan [3, 4, 23, 32]. Existe un cuerpo sustancial de evidencia que indica que dichas prácticas alimentarias no responsivas están asociadas con resultados deficientes en términos de la conducta alimentaria del niño, calidad de la dieta y estado del peso [3, 4, 8, 15, 23, 31, 54, 55]. Por consiguiente, las intervenciones generalmente buscaban que los padres evitaran/redujeran estas conductas. Este enfoque de “déficit” requiere que los padres “dejen de hacer las

Tabla 2. Prácticas alimentarias de los padres prevalentes asociadas con resultados deficientes para la calidad alimentaria, los patrones de alimentación, el comportamiento y el estado del peso del niño [3, 4, 8, 9, 15, 16, 23, 32, 37, 53, 54, 56]

Prácticas alimentarias y resultados	Ejemplos
Coercitivas, no responsivas, autoritarias, centradas en los padres	
<i>Presión</i>	
Estímulo activo para comer más	Se enfoca en el tamaño de porciones, se decide cuánto debe comer el niño
Anula las indicaciones de saciedad del niño – normalmente expresadas como rechazo del alimento	Juegos Se alienta a “comer un bocado más”
→ Socava la capacidad de autoregulación de la ingesta	Se alaba al niño porque se comió toda la comida ofrecida Se ofrece una recompensa de alimento por comer, por ejemplo, postre si comes las verduras Se ofrece una recompensa no alimentaria por comer, por ejemplo, ver la TV si come las verduras Se amenaza si el niño no come, por ejemplo, no darle postre ni dejarlo ver TV Se ofrece un alimento o bebida alternativa que le guste: “siempre y cuando coma algo” Se insiste en que el niño coma, anulando los intentos de autoalimentarse
<i>Restricción</i>	
Limitar excesivamente el acceso a alimentos no saludables – el niño reconoce la restricción	Se retiene el postre si el niño no come el resto de la comida
Razonamiento limitado, opción	No se permite al niño comer alimentos no saludables aunque estén abiertamente disponibles para los adultos en la casa
→ Aumenta el deseo por el alimento restringido	No se permite acceso a los alimentos “premio” Se restringe con base en alimentos “buenos” versus “malos”
<i>Alimentación emocional</i>	
Uso de alimentos como respuesta a emociones negativas – reconfortar, calmar, distraer; dar forma al comportamiento	Se ofrece comida a cambio de buen comportamiento Se retiene la comida como castigo por portarse mal Se ofrece comida para mantener al niño callado
→ Enseñar al niño a comer por razones no relacionadas con el apetito	Se ofrece comida cuando el niño está molesto o lastimado La persona alaba (“niña buena”) por comportamiento alimentario deseado
Alimentación permisiva/indulgente no estructurada	

Entorno para comer desorganizado

Pocos límites en cuanto a qué, dónde y cuándo se dan las ocasiones para comer

→ No se logra facilitar la clara expresión de las indicaciones de apetito por parte del niño y el reconocimiento de dichas señales por parte de los padres

→ No se logra facilitar la competencia alimentaria, apoyar la autonomía

Se da al niño cualquier alimento que pida, cuando lo pida

Frecuencia y ubicación de los alimentos es variable e inconsistente

Niño pequeño no incluido en las comidas familiares

Niño come alimentos diferentes al resto de la familia, en las comidas sólo se le ofrecen los alimentos que le gustan

No hay límites en cuanto al rango de alimentos de los cuales el niño puede elegir - incluye opciones no saludables

Al niño se le permite comer al mismo tiempo que anda caminando por todos lados

Distracciones cuando come, por ejemplo, TV, acceso a juguetes

Respuesta a la neofobia – rechazo de alimentos desconocidos

Exposición a un rango limitado de sabores y texturas

Sólo se ofrecen los alimentos preferidos, que le gustan

→ No se logra maximizar las oportunidades de familiarizarse con los alimentos y aprender a que le gusten y acepte alimentos nuevos

Cuando se rechaza un alimento nuevo, se asume que al niño no le gusta y no se le vuelve a ofrecer

Se ofrece un alimento nuevo <6 veces antes de decidir que al niño no le gusta

Se disfrazan los alimentos nuevos

Se insiste/presiona al niño para comer

En lugar de eso, se ofrece un alimento que le gusta

Recompensa por comer (en lugar de probarlo)

Se le obliga a comer

cosas” y tiene el potencial de contribuir a la culpabilidad y ansiedad.

La “estructura” se refiere a las prácticas que los padres pueden usar para organizar y manejar el entorno alimentario de manera que se fomente la competencia y autonomía de la alimentación del niño, la aceptación mejorada de los alimentos y la regulación intrínseca de la ingesta. En la Tabla 2 se muestran ejemplos y se incluyen reglas, límites y rutinas relacionadas con la alimentación [8, 52, 56]. Hurley et al. [23] argumentan que la estructura proporciona un contexto en el que el niño puede expresar claramente sus indicaciones de hambre/saciedad y los padres son más capaces de reconocer, interpretar y responder más adecuadamente a estas indicaciones. Las prácticas de estructura, como los horarios de comida y las rutinas familiares, también proporcionan oportunidades importantes para la socialización con las prácticas alimentarias y las tradiciones familiares [8]. Un estudio reciente [56] demostró que la estructura operacionalizada por medio del ambiente de las comidas (en donde el niño come) y el ambiente familiar de (come la misma comida que la familia) se asociaron con que los padres reportaran un aumento en la capacidad del niño para regular la ingesta alimenticia, con base en una escala de 8 elementos. La estructura de las horas de la comida también se han asociado con la mejora de la FF del niño, el goce de la comida y el bienestar del niño y la familia [56, 57]. Fomentar la estructura y los límites relacionados con la comida ofrece un método basado en fortalezas para promover prácticas alimentarias positivas. Además, las estrategias son comparativamente sencillas de entender e implementar [56].

“Apoyo a la autonomía” se vincula explícitamente con las prácticas de la paternidad alimentaria para llegar a los hitos del desarrollo adecuados para cada edad, como la autoregulación emocional, la independencia y la capacidad cognitiva [8]. Incluye estrategias que tienen por objeto desarrollar la alfabetización alimentaria (educación, razonamiento, participación en la preparación) y apoyo positivo (alentar, negociar, felicitar) el desarrollo de hábitos alimentarios saludables. Promover las estrategias de “apoyo a la autonomía” también es, potencialmente, un enfoque basado en fortalezas pero que requiere la promoción explícita de un tono emocional flexible asociado con la implementación para asegurar que las prácticas no se hagan coercitivas, por ejemplo, alentar en lugar de presionar y felicitar por el “proceso” (por ejemplo, “bien hecho por haber probado un alimento nuevo”) en lugar de felicitar a la “persona” (por ejemplo, “eres una niña buena por terminar tu cena”) como una recompensa emocional [8].

Las recomendaciones que buscan promover la alimentación responsiva centrada en el niño que reconocen y responden adecuadamente a las indicaciones de hambre y saciedad del niño y, por lo tanto, apoyan en lugar de socavar la capacidad congénita del niño de regular la ingesta, comúnmente se basan en el modelo de “confianza” [22]. Este marco también se conoce como “División de responsabilidades [39]” (“los padres

proporcionan, el niño decide”) y argumenta que los padres son responsables de proporcionar alimentos nutritivos, seguros, adecuados para el desarrollo mientras que el niño es responsable de decidir si va a comer y cuánto va a comer. Como tal, este enfoque desalienta las prácticas alimentarias coercitivas y controladoras (presión, restricción, recompensa) y enfatiza la dinámica de la alimentación. También se ha descrito como alimentación con autoridad, análoga a un estilo parental autoritario, en donde el proveedor de cuidados responde amable, consistente y previsiblemente a las indicaciones del niño pero también establece límites por medio de la estructura [4]. Tanto la alimentación con autoridad como la paternidad se han asociado con un amplio rango de consecuencias positivas del desarrollo [3, 4].

Los padres son responsables de proporcionar alimentos nutritivos, seguros, adecuados para el desarrollo mientras que el niño es responsable de decidir si va a comer y cuánto va a comer

Entonces, las prácticas de paternidad alimentaria discutidas hasta ahora se han enfocado ampliamente en el “cómo” de la alimentación dentro del contexto de apoyar la regulación intrínseca del niño de la ingesta alimenticia (energía). Las preferencias alimentarias son un factor importante en la aceptación y selección de los alimentos (“qué”), que, a su vez, son determinantes clave de los hábitos alimentarios [17, 18]. Como se indicó arriba, los lactantes nacen con una predisposición a preferir sabores dulces y rechazar los sabores amargos/ácidos y los alimentos desconocidos (neofobia). Mientras que estos rasgos son hereditarios, también son modificados por la experiencia alimentaria temprana. La Tabla 2 proporciona algunos ejemplos de las prácticas alimentarias comunes usadas como respuesta a la neofobia. Existe evidencia considerable que indica que la exposición neutral repetida (es decir, no coercitiva) a una amplia variedad de alimentos, en particular, cuando la neofobia es relativamente baja (4-10 meses) [16, 37], puede mejorar estas preferencias innatas y promover la aceptación de alimentos nuevos y mejorar la variedad alimentaria [19] y la calidad alimentaria [16-18]. Cooke argumenta que los niños pequeños necesitan la exposición neutral repetida para familiarizarse con los alimentos para que “puedan aprender qué les gusta y, después, les pueda gustar comerlo” [17]. En nuestro entorno alimentario actual, hay muchas oportunidades para que los lactantes/niños pequeños experimenten y aprendan a que les gusten los alimentos no saludables (alto contenido de azúcar/grasa, bajo contenido de nutrimentos). De hecho, la exposición temprana a alimentos no saludables se asocia con la preferencia mejorada y la ingesta, potencialmente aumentada, de estos alimentos [20, 21]. Un estudio prospectivo reciente [20] mostró que mientras que el niño haya “probado” más variedad de frutas y verduras y menos alimentos no esenciales (alto contenido de azúcar/grasa, bajo contenido de nutrimentos) para los 14 meses, predijo el número de alimentos de estos grupos de alimentos que le gustaron y que comió, así como también mejoró la calidad de la alimentación a los 3.7 años de edad. Además, también se informó que los niños que hayan probado más verduras para los 14 meses eran menos irritables para comer a los 3.7 años de edad. Estas asociaciones prospectivas fueron independientes de la edad materna, educación, índice de masa corporal, duración de la lactancia, edad a la que se introdujeron los sólidos y la irritabilidad del niño para comer a los 14 meses. En general, la exposición neutral repetida a alimentos saludables y limitar la exposición a alimentos no saludables es una práctica importante de la paternidad alimentaria para apoyar el desarrollo de preferencias de alimentos saludables y hábitos alimentarios. Es crítico que los padres reciban apoyo para implementar estas estrategias junto con prácticas alimentarias responsivas y estructura para evitar prácticas alimentarias controladoras y coercitivas contraproducentes.

En resumen, las prácticas de paternidad alimentaria eficaces tienen la capacidad de influir positivamente en el desarrollo de la preferencia temprana de sabores, la tolerancia a la textura y la regulación del apetito, lo cual establece las bases para las preferencias de alimentos y conductas alimentarias saludables para toda la vida. Sin embargo, los estudios sugieren que todavía prevalecen las prácticas alimentarias subóptimas, incluyendo la alimentación coercitiva, no responsiva, que se caracteriza por el control materno excesivo y que el niño coma por razones no relacionadas con el apetito. Los estudios muestran que la calidad de la alimentación es deficiente incluso en los niños muy pequeños y sugieren que las prácticas alimentarias relacionadas con la exposición temprana son subóptimas [31, 32, 58]. La evidencia y la experiencia clínica sugieren que la paternidad alimentaria es una fuente de ansiedad y conflicto considerable en las familias y que una vez que se establece la dinámica de la alimentación, es muy difícil cambiarla. Las intervenciones

que promueven prácticas alimentarias positivas y que aumentan las habilidades y la confianza para apoyar la paternidad alimentaria eficaz, tienen el potencial de influir positivamente en la salud y el bienestar de los padres, el niño y los niveles de la familia. De todas formas, hay muy pocas intervenciones de paternidad alimentaria que se hayan descrito bien y que se hayan evaluado en estudios clínicos grandes y robustos. Uno de estos estudios se discutirá en la siguiente sección.

Tabla 3. Estrategias, principios y mensajes de los padres de la intervención NOURISH, adaptados de Daniels [66]^a

Estrategias basadas en evidencia	Principios de la intervención ^b	Conceptos y estrategias de los padres ^b
<i>Exposición:</i> promover la exposición neutral repetida a alimentos saludables; limitar la exposición a alimentos no saludables con alto contenido energético y pocos nutrientes para respaldar el desarrollo de preferencias de alimentos saludables [17]	La forma en la que alimentamos a los niños afecta los alimentos que les gustarán y su salud. Los hábitos se forman tempranamente y se monitorean hasta la edad adulta. "Aprender a que les guste, que les guste comer" [17]	Comprender, esperar neofobia, preferencias innatas de sabor – sal y dulce Exposición neutral repetida: reofrecer alimentos nuevos saludables hasta 10–15 veces para desarrollar la familiaridad y la aceptación Limitar exposición a los alimentos dulces, salados – restricción encubierta, modelado de roles Mismo alimento presentado de diferente manera es un alimento nuevo Probar es importante y escupir es aceptable
<i>Alimentación responsiva:</i> reconocer y responder adecuadamente a las señales del niño de hambre y saciedad para apoyar y mantener la capacidad innata del niño para autoregular la ingesta energética y evitar la sobrealimentación [3, 4, 22]	Escuche y confíe en su hijo "Padres proporcionan, niño decide" [39]	Aceptar rehusarse a comer = sin hambre ni saciedad Guiar el tamaño de las porciones pero sin enfocarse en las cantidades Alentar la autonomía – permitir la autoalimentación en la etapa de desarrollo; aceptar un desastre Respuesta neutral a la ingesta y a rehusarse a comer – Sin coerción, sin persuadir, sin juegos – Sin recompensas, sobornos, alternativas – Alabar por probar, esfuerzo de autoalimentación – no por comer Sin alimentación emocional para distraer, reconfortar, dar forma al comportamiento Sin TV
<i>Paternidad positiva (calidez, alentar la autonomía, autoeficacia):</i> operacionalizada por medio de alimentación con autoridad caracterizada por los límites de comportamiento (estructura) y sensibilidad materna a las señales; reducción de sobrecontrol y protección [4, 61, 67]	La relación con su hijo es importante "La alimentación es paternidad responsable" Poner el buen ejemplo para su hijo "Sea un buen modelo a seguir"	Establecer límites y reglas Permitir selecciones estructuradas – seleccionar del rango limitado de alimentos saludables con base en lo que come la familia Establecer los horarios de comida/snacks y rutinas que aseguren que el niño tenga hambre pero no demasiado hambriento Haga los horarios de comer placenteros para toda la familia; algunas reglas son importantes pero no se sobreenfocan en los modales Calidez, independencia – responsiva a las señales y habilidades del niño – Evitar dominar (autoritario), por ejemplo, presionar para que deje limpio el plato – Evitar preocuparse de más (permisivo o autoritario), por ejemplo, presionar para comer, restricción evidente – Evitar ser un "super blandito" (permisivo o no comprometido) – "siempre y cuando coma algo"; no ofrezca alternativas o sea un "cocinero de comida rápida" La alimentación es una conversación – Permita que el niño guíe, espere hasta que ponga atención; pause para socializar – Permita la autoalimentación y tocar la comida – Evite intrusiones/interrupciones, por ejemplo, limpiarle la cara – Deje de alimentar cuando el niño pierda el interés – Hable silenciosamente – sobre la comida, aliente pero no sea coercitivo, enseñe el lenguaje para hambre y estar lleno

^a Adaptado y reimpresso con el permiso de Nestec Ltd., Vevey and S. Karger AG, Basel. ^b Como se articuló a los padres.

Estudio controlado y aleatorizado e intervención NOURISH

La intervención NOURISH se diseñó para madres primerizas con lactantes saludables nacidos a término. El objetivo era promover las prácticas alimentarias “protectoras” que apoyaran el desarrollo de conductas alimentarias, ingesta alimenticia y crecimiento saludables de los niños.

El enfoque fue en las prácticas alimentarias desde la introducción de la alimentación con sólidos en adelante. La intervención se evaluó por medio de un estudio controlado aleatorizado diseñado e implementado de acuerdo con las recomendaciones estándar. El protocolo, el contenido de la intervención y el proceso y los resultados se han reportado detalladamente [40-42, 59]. Brevemente, hubo un acercamiento inicial a madres primerizas y lactantes saludables nacidos a término en las unidades post-natales. Posteriormente, 698 madres y lactantes (media de edad de 4.3 meses) pasaron por una evaluación y aleatorización basal. La intervención consistió en 2 módulos de 6 sesiones grupales con una duración de 1.5 h realizadas cada quince días durante 12 semanas. Las sesiones se proporcionaron en clínicas de salud infantil locales por parte de nutriólogos y psicólogos del estudio usando un facilitador y materiales del participante estandarizados. El primer módulo empezó inmediatamente después de la evaluación basal a la edad de 4 meses del lactante. El segundo módulo empezó a los 6 meses después de haber terminado el primero (9 meses de la basal) cuando los niños tenían 14 meses de edad. Un aspecto importante de la intervención NOURISH fue el uso de un marco guía anticipatorio para proporcionar a los padres información adecuada para el desarrollo sobre conductas “normales” del lactante y respuestas constructivas, en lugar de esperar que buscaran consejo por problemas ya establecidos. Esto determinó que la intervención iniciara cuando los lactantes tuvieran 4 meses de edad, justo cuando las madres empezaron la alimentación complementaria, consistente con la evidencia que sugiere que la experiencia alimentaria muy temprana (paternidad alimentaria) establece las bases para patrones alimentarios para toda la vida [15, 60].

Las estrategias, los temas y los mensajes correspondientes de los padres de la intervención NOURISH se muestran en la Tabla 3, y en la Tabla 4 se muestra un resumen del contenido del módulo. Hubo 3 dominios clave de contenido objetivo de la paternidad alimentaria asociada con resultados positivos en la conducta alimentaria, la calidad alimentaria y el crecimiento del niño: (1) exposición neutral repetida a alimentos saludables desconocidos y exposición neutral limitada a alimentos no saludables para promover preferencias alimentarias saludables y la aceptación de una amplia gama de sabores y texturas [16, 17, 34]; (2) alimentación responsiva que vigile y responda adecuadamente a las indicaciones de apetito del lactante para mantener y apoyar la autoregulación de la ingesta que se necesita y así evitar la sobrealimentación [3, 22, 23] y (3) paternidad positiva, calidez, aliento a la autonomía y autoeficacia [1, 4, 61]. Los módulos se diseñaron para ser consistentes con la etapa de desarrollo. El módulo 1 se enfocó en la alimentación complementaria, mientras que el módulo 2 se concentró en manejar la conducta alimentaria del niño pequeño, en especial, en el contexto de las necesidades de desarrollo de autonomía, y promover la competencia alimentaria. El grupo control tuvo acceso autodirigido a los servicios de salud infantil estándar que por iniciativa de la madre podría incluir una línea de ayuda telefónica y medición del peso del niño.

El aumento en el uso de prácticas alimentarias responsivas puede contribuir a una reducción de características “obesogénicas” del apetito

Los resultados se evaluaron a los 6 meses y a los 2 y 3.5 años después de terminar el módulo 2 de la intervención y que correspondían a las edades de 2, 3.5 y 5 años de los niños, respectivamente [31, 41, 42, 55]. Las herramientas validadas del informe materno se usaron para evaluar la ingesta del niño (recuperación de 24h), las preferencias y las conductas y las prácticas alimentarias maternas, las estrategias para manejar el rehusarse a comer y las habilidades paternas. El análisis longitudinal evaluó las diferencias entre los grupos de control y la intervención en los 3 puntos temporales durante el periodo de seguimiento de 3.5 años [41, 42]. Las madres asignadas al grupo de intervención demostraron mejoras sostenidas y estadísticamente significativas en las prácticas alimentarias en relación con las del grupo de control hasta 3.5 años después de haber terminado la intervención. Las madres de la intervención reportaron que usaron menos la alimentación no responsiva en 6/9 subescalas [41, 42].

De los 2 a los 5 años de edad, se reportó que los niños en el grupo de intervención tenían un pequeño aumento en la respuesta a la saciedad y una reducción en respuesta e irritabilidad a los alimentos, un patrón general de las características del apetito asociadas con un estado del peso más saludable [31]. Estos efectos positivos de la intervención en la paternidad y la conducta alimentaria del niño se asociaron con la puntuación Z del índice de masa corporal en cada evaluación de seguimiento, dando 16-17% ($p = 0.06$) para la intervención versus los niños del grupo de control. Sin embargo, estos efectos de la intervención positiva no se tradujeron en los efectos medibles sobre las preferencias alimentarias o la ingesta alimenticia o igualdad. No hubo un efecto grupal en la ingesta alimenticia evaluada por una sola recuperación de 24 horas. Hubo pequeños efectos de la intervención positiva en las preferencias alimentarias (75 versus 69% les gustaron las frutas enumeradas) y variedad de frutas y verduras y frecuencia durante 24 horas y 7 días [31].

El estudio NOURISH no examinó explícitamente los resultados relacionados con la felicidad materna o el conflicto de los padres o la angustia relacionada con la alimentación. Sin embargo, hubo un número de diferencias significativas y relativamente grandes en cada una de las evaluaciones de seguimiento en las formas en las que las madres manejaron que los niños rechazaran los alimentos (ver la Tabla 5) que apoyan la especulación de que la intervención fue potencialmente eficaz al reducir la ansiedad materna relacionada con la paternidad alimentaria. Las madres de la intervención tuvieron 1.7 veces más probabilidades de permitir que su hijo tomara la responsabilidad de cuánto iba a comer y menos probable que se preocuparan por el estado del peso de su hijo [41]. Aunque a los 2 años de edad, no hubo diferencias grupales en la proporción de los niños, se reportó con frecuencia/muy frecuentemente que se rehusaron a comer (22%), fue significativamente más probable que las madres de la intervención reportaran que su hijo era “fácil de alimentar” y reportaron menos FF. Como respuesta a que se rehusaran a comer, fue mucho menos probable que insistieran en que el niño comiera, que les ofrecieran alimentos alternativos, que usaran recompensas, que disfrazaran los alimentos y que jugaran y es más probable que aceptaran que el niño no tenía hambre, simplemente retiraron la comida y no ofrecieron más comida hasta el siguiente snack normal/la siguiente comida [31, 42, 55] (Tabla 5). Los resultados sugieren consistentemente que era más probable que las madres de la intervención usaran el modelo de “confianza” [22] y evitaran usar un rango de prácticas alimentarias coercitivas que contribuyen argumentativamente al conflicto en la dinámica alimentaria. La evaluación del proceso indicó que la intervención fue bien aceptada, con 98% de los participantes indicando que recomendarían NOURISH, y 99% encontraron la información muy útil/útil. 85% de los participantes reportaron que la intervención los ayudó “mucho” a sentirse más confiados en cuanto a la alimentación de su hijo, y el 95% reportó que les ayudó a confiar en que su hijo come lo suficiente [62].

En general, estos resultados muestran que las madres (por lo menos, la primera vez) dan la bienvenida y responden a la guía anticipatoria sobre paternidad alimentaria y que dicha guía no sólo mejora la confianza materna pero es capaz de modificar las prácticas alimentarias maternas con resultados positivos del niño. Es plausible que la intervención se asociara con la ansiedad y conflicto reducidos y se mejoró la confianza y el bienestar de la madre.

Tabla 4. Contenido de la intervención NOURISH [66]^a

Módulo 1 Sesión ^b	Introducción de sólidos: comenzó a la edad de 4-7 meses del niño Exposición: “Aprender a que les guste, que les guste comer” [17]
1. Introducción al programa	Preferencias alimentarias – preferencias innatas, neofobia Prácticas alimentarias – exposición neutral a una amplia variedad de alimentos saludables, limite la exposición a los alimentos no saludables Estilos de paternidad y prácticas alimentarias Señales de hambre y saciedad
2. Estilos de paternidad y prácticas alimentarias	Estilos de paternidad y apego, relación con la alimentación Prácticas alimentarias para apoyar la alimentación por “apego”

3.	Crecimiento y alimentación saludables de bebés	Guía para subir de peso saludablemente Preparación del desarrollo para los sólidos Proceso para introducir sólidos Alimentos a evitar y cuanto hay que evitarlos
4.	La relación de la alimentación	Consulta "Normal" de alimentación del lactante - ingesta variable, prefieren dulce y salado (límitelos), apoyo para probar cosas nuevas y aprender a que le gusten sabores nuevos Relación de la alimentación - conversación, deje que el niño guíe
5.	Habilidades de alimentación seguras y saludables	"Escuche" a su hijo, reconozca y responda a las señales de hambre/saciedad, ofrezca alimentos nuevos, limite los alimentos no saludables Recompensas de alimentación con apego - aumenta la confianza del niño y la base emocional Alimentos seguros, EBM y manejo y preparación de la fórmula
6.	Planeando para el futuro	Rechazar la comida es "normal" - es señal de saciedad - tips para manejar; desarrollar el lenguaje para hablar sobre el hambre y la saciedad Introducción a la "división de responsabilidades" [39] Establecer límites y permitir opciones dentro de los límites
Módulo 2		Transición a los alimentos de la familia, autoalimentación: comenzó a la edad de 13-16 meses del niño
Sesión^b		<i>Responsabilidad de división: "Padres proporcionan, niño decide" [39]</i>
1.	Introducción	Los niños pequeños son diferentes a los bebés - quieren ser independientes, aumento de neofobia Los niños pequeños no crecen tan rápido como los bebés Apetitos pequeños y altamente variables - confíe en su hijo para saber cuánto necesitan comer
2.	Comer sanamente	Grupos de alimentos - número y tamaños de porciones, menús muestra, no se enfoque en las cantidades Limite los alimentos "extra", evite los riesgos de ahogamiento Estructura y estrategias de las horas de comida Sin TV
3.	Estilos de paternidad y prácticas alimentarias	Calidez - alabe por intentar alimentos nuevos no por comer Independencia - permita que el niño decida cuánto comer, autoalimentarse Dominar - obligar a comer, preocuparse de más - dejar limpio el plato "Ser super blandito" - siempre y cuando coman algo
4.	Alimentación de niños pequeños, comprensión de la autonomía	Comidas/ alimentos de adultos, planear los snacks Proporcionar opciones con límites - padre decide "qué y cuándo" Tratar los postres como parte de una comida, manejar las golosinas - "algunas veces alimentos" - cuándo, cómo y con qué frecuencia y tamaños de las porciones Autoalimentación y competencia para alimentarse
5.	Manejos de rechazos de alimentos y novedades	Rechazar la comida es normal - saciedad, autonomía Alimentos/snacks regulares Cantidades realistas, no ofrezca alternativas preferidas, en especial, leche Evite la alimentación coercitiva y el exceso de control No use la comida para dar forma a la conducta; evite la alimentación emocional (calmar, distraer, reconfortar)
6.	Panorama general, planeación para el futuro	División de responsabilidades, alimentación autoritaria y paternidad Alimentos lejos de casa, alimentos en la guardería
EBM, leche materna extraída. ^a Adaptación y reimpresión con permiso de Nestec Ltd., Vevey and S. Karger AG, Basel. ^b Los módulos comprendieron sesiones de grupo interactivas cada quince días (n = 10-15/grupo, duración 1.5 h). Los módulos 1 y 2 comenzaron cuando los niños tenían aproximadamente 4 y 14 meses de edad, respectivamente.		

Tabla 5. Los efectos de la intervención NOURISH en la respuesta materna al rechazo de alimentos del niño [41, 42]

Respuesta	2 años (n = 467)		5 años (n = 392)	
	control	intervención	control	intervención

<i>Rechazo de los alimentos familiares</i>				
No responsiva/ coercitiva: anula las señales de saciedad ^a				
Insistir en que el niño coma	37	18	65	48
Ofrecer tomar leche en lugar del alimento	22	14	6	3 ^{ns}
Ofrecer el alimento que le gusta en lugar del alimento	78	63	41	37 ^{ns}
Alentar/presionar a comer por medio de				
Juegos	57	21	no se preguntó	
Ofrecer recompensa con comida por comer	31	9	63	42
Ofrecer recompensa que no sea comida por comer	27	18	39	29
Alimentar con cuchara	no se preguntó		53	42
Responsiva: responder adecuadamente a las señales de saciedad ^a				
Aceptar que el niño no tiene hambre, retirar la comida	91	96	79	88
No ofrecer alimento hasta la siguiente hora de comida/snack	48	67	64	77
Madre en su mayoría responsable por lo que come	76	72 ^{ns}		
Niño en su mayoría responsable por la cantidad que come	49	82		
<i>Neofobia: rechazo de los alimentos desconocidos^a</i>				
Asumir que al niño no le gusta y no volver a ofrecerlo	13	5	14	13 ^{ns}
Oferta neutral ≥6 veces antes de decidir que al niño no le gusta	35	72	45	61
Disfrazar el alimento	65	45	53	41
Ofrecer el alimento que le gusta	94	94 ^{ns}	92	93 ^{ns}

Frecuencia (%) de las estrategias usadas (explícitamente cubiertas en el contenido de la intervención). ns, no significativo. ^a Opciones de respuesta: 1 = nunca a 5 = mayoría de las veces O 1 = nunca a 4 = frecuentemente dividido en dos partes a 1,2 versus 3,4,5 y 1,2 versus 3,4, respectivamente.

Consideraciones adicionales

Con los cambios en las divisiones de responsabilidades basadas en el género para el empleo y la paternidad en las familias y la sociedad, los padres cada vez tienen un rol más importantes en la alimentación temprana. Sin embargo, hasta la fecha, la investigación sobre prácticas alimentarias parentales se enfoca ampliamente en las madres [63]. Nuestros datos no publicados comparan las prácticas alimentarias (usando el Cuestionario de alimentación infantil [51]) en 70 pares de padres indicaron que, en comparación con las madres, aunque los padres se sienten menos responsables de la alimentación infantil, están más preocupados sobre el estado del peso del niño y parece que, con más frecuencia, usan prácticas alimentarias controladoras y, por lo tanto, subóptimas. Otros estudios sugieren que los padres de preescolares usaron con más frecuencia, la “insistencia para comer” y alimentos para recompensar el buen comportamiento, mientras que las madres usaron, con mayor frecuencia, la “persuasión positiva” para comer y un rango de estrategias para mejorar la calidad de la alimentación (por ejemplo, “límites de snacks” [64, 65]. Esta discordancia en la paternidad alimentaria tiene el potencial de contribuir al conflicto y estrés parental. Aunque no se debe olvidar la importancia de los padres en la alimentación del niño, es crítico para las intervenciones que no se exacerbe el conflicto relacionado con la alimentación y están explícitamente diseñadas para apoyar a los padres a trabajar juntos para lograr los resultados de la intervención positiva. Es probable que los antecedentes culturales y étnicos y un rango de factores sociodemográficos influyan en los roles de las madres y padres en la crianza y la alimentación, y asegurar la diversidad en los padres que participan en las intervenciones serán un elemento crítico para construir una base robusta de evidencia para el rol de las prácticas alimentarias tempranas de ambos padres.

Conclusión

Las interacciones entre padres e hijos relacionadas con la alimentación son centrales para el entramado de la vida diaria de la familia y contribuyen a todos los aspectos del desarrollo, salud y bienestar del niño. Las conductas alimentarias son, en parte, hereditarias, y se ven influidas por un rango de características del niño, así como reflejan las etapas normales de desarrollo. Ambos son responsivos e impulsan el estilo y las prácticas alimentarias de los padres. Los padres frecuentemente malinterpretan las conductas alimentarias normales del niño en cuanto al desarrollo, como que se rehúsen a comer, como la causa de preocupación y ansiedad y responden con prácticas alimentarias coercitivas (presión, restricción, alimentación emocional).

La experiencia clínica indica que los padres, en un intento de sólo obtener unos bocados más en sus niños pequeños, pueden recurrir con frecuencia a prácticas alimentarias bizarras que son una fuente de estrés y ansiedad para los padres y el niño. Estas prácticas autoritarias centradas en los padres pueden estar bien intencionadas pero son contraproducentes y se asocian con resultados de salud deficientes para el niño, incluyendo el desarrollo de preferencias alimentarias y la regulación del apetito, que establece las bases para hábitos alimentarios saludables para toda la vida y el riesgo de enfermedades crónicas. Además, es plausible que el estrés y el conflicto en relación con la alimentación pueda generalizarse a interacciones más amplias entre padres e hijos y la dinámica familiar y tener un impacto en la felicidad de la familia.

En general, existe evidencia de que la paternidad alimentaria se puede mejorar con una influencia de potencial a positiva en la conducta alimentaria del niño, la calidad de la alimentación y el estado del peso y, a largo plazo, reducir el riesgo de enfermedad crónica. Es importante que las intervenciones tomen un enfoque basado en fortalezas y explícitamente apoyan a los padres para cooperar en lugar de exacerbar cualquier discordancia en las prácticas alimentarias. Además, dado el rol central que la alimentación y comer tienen en las interacciones entre padres e hijos (en específico, en niños pequeños) y, de hecho, en la familia extendida y los contextos culturales, se podría argumentar que la paternidad alimentaria eficaz contribuye a niños y familias saludables y felices.

Reconocimientos

Se extiende nuestro reconocimiento a los investigadores, personal, estudiantes y participantes de NOURISH. NOURISH recibió financiamiento de 2008 a 2014 de 2 subvenciones consecutivas del Consejo Nacional de Investigación Médica de Australia. El financiamiento adicional fue proporcionado por H.J. Heinz, Meat & Livestock Australia, Departamento de salud de Australia del Sur, Food Standards Australia New Zealand y la Universidad de Tecnología de Queensland. Nos gustaría agradecer a la Dra. Rebecca Perry por su contribución para el desarrollo del contenido y materiales de la intervención NOURISH.

Declaración de divulgación

La redacción de este artículo fue apoyada por el Instituto de Nutrición de Nestlé y el autor no declara otros conflictos de interés.

Referencias

- 1 Jansen E, Daniels L, Nicholson J. The dynamics of parenting and early feeding - constructs and controversies: a viewpoint. *Early Child Dev Care*. 2012;182(8):967-81.
- 2 Satter E. The feeding relationship: problems and interventions. *J Pediatr*. 1990 Aug;117(2 Pt 2):S181-9.
- 3 DiSantis KI, Hodges EA, Johnson SL, Fisher JO. The role of responsive feeding in overweight during infancy and toddlerhood: a systematic review. *Int J Obes*. 2011 Apr;35(4): 480-92.
- 4 Black MM, Aboud FE. Responsive feeding is embedded in a theoretical framework of responsive parenting. *J Nutr*. 2011 Mar;141(3): 490-4.
- 5 Pérez-Escamilla R, Kac G. Childhood obesity prevention: a life-course framework. *Int J Obes Suppl*. 2013 Jun;3(S1 Suppl 1):S3-5.
- 6 Lillycrop KA, Burdge GC. Epigenetic changes in early life and future risk of obesity. *Int J Obes*. 2011 Jan;35(1):72-83.
- 7 Leunissen RW, Kerkhof GF, Stijnen T, Hokken-Koelega A. Timing and tempo of first-year rapid growth in relation to cardiovascular and metabolic risk profile in early adulthood. *JAMA*. 2009 Jun;301(21):2234-42.
- 8 Vaughn AE, Ward DS, Fisher JO, Faith MS, Hughes SO, Kremers SP, et al. Fundamental constructs in food parenting practices: a content map to guide future research. *Nutr Rev*. 2016 Feb;74(2):98-117.
- 9 Jansen E, Williams KE, Mallan KM, Nicholson JM, Daniels LA. Bidirectional associations between mothers' feeding practices and child eating behaviours. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2018 Jan;15(1):3.
- 10 Selzam S, McAdams TA, Coleman JR, Carnell S, O'Reilly PF, Plomin R, et al. Evidence for gene-environment correlation in child feeding: links between common genetic variation for BMI in children and parental feeding practices. *PLoS Genet*. 2018 Nov; 14(11):e1007757.
- 11 Mallan KM, Jansen E, Harris H, Llewellyn C, Fildes A, Daniels LA. Feeding a Fussy Eater: Examining Longitudinal Bidirectional Relationships Between Child Fussy Eating and Maternal Feeding Practices. *J Pediatr Psychol*. 2018 Nov;43(10):1138-46.
- 12 Mitchell GL, Farrow C, Haycraft E, Meyer C. Parental influences on children's eating behaviour and characteristics of successful parent-focused interventions. *Appetite*. 2013 Jan;60(1):85-94.
- 13 Llewellyn CH, van Jaarsveld CH, Johnson L, Carnell S, Wardle J. Nature and nurture in infant appetite: analysis of the Gemini twin birth cohort. *Am J Clin Nutr*. 2010 May;91(5): 1172-9.
- 14 Fildes A, van Jaarsveld CH, Llewellyn CH, Fisher A, Cooke L, Wardle J. Nature and nurture in children's food preferences. *Am J Clin Nutr*. 2014 Apr;99(4):911-7.

- 15 Birch LL. Child feeding practices and the etiology of obesity. *Obesity* (Silver Spring). 2006 Mar;14(3):343-4.
- 16 Wardle J, Cooke L. Genetic and environmental determinants of children's food preferences. *Br J Nutr*. 2008 Feb;99(S1 Suppl 1):S15-21.
- 17 Cooke L. The importance of exposure for healthy eating in childhood: a review. *J Hum Nutr Diet*. 2007 Aug;20(4):294-301.
- 18 Birch LL. Development of food acceptance patterns in the first years of life. *Proc Nutr Soc*. 1998 Nov;57(4):617-24.
- 19 Lange C, Visalli M, Jacob S, Chabanet C, Schlich P, Nicklaus S. Maternal feeding practices during the first year and their impact on infants' acceptance of complementary food. *Food Qual Prefer*. 2013;29(2):89-98.
- 20 Mallan KM, Fildes A, Magarey AM, Daniels LA. The Relationship between Number of Fruits, Vegetables, and Noncore Foods Tried at Age 14 Months and Food Preferences, Dietary Intake Patterns, Fussy Eating Behavior, and Weight Status at Age 3.7 Years. *J Acad Nutr Diet*. 2016 Apr;116(4):630-7.
- 21 Schwartz C, Scholtens PA, Lalanne A, Weenen H, Nicklaus S. Development of healthy eating habits early in life. Review of recent evidence and selected guidelines. *Appetite*. 2011 Dec; 57(3):796-807.
- 22 Eneli IU, Crum PA, Tylka TL. The trust model: a different feeding paradigm for managing childhood obesity. *Obesity* (Silver Spring). 2008 Oct;16(10):2197-204.
- 23 Hurley KM, Cross MB, Hughes SO. A systematic review of responsive feeding and child obesity in high-income countries. *J Nutr*. 2011 Mar;141(3):495-501.
- 24 Wardle J, Guthrie CA, Sanderson S, Rapoport L. Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *J Child Psychol Psychiatry*. 2001 Oct;42(7):963-70.
- 25 Llewellyn CH, van Jaarsveld CH, Johnson L, Carnell S, Wardle J. Development and factor structure of the Baby Eating Behaviour Questionnaire in the Gemini birth cohort. *Appetite*. 2011 Oct;57(2):388-96.
- 26 Llewellyn CH, Trzaskowski M, van Jaarsveld CH, Plomin R, Wardle J. Satiety mechanisms in genetic risk of obesity. *JAMA Pediatr*. 2014 Apr;168(4):338-44.
- 27 van Jaarsveld CH, Boniface D, Llewellyn CH, Wardle J. Appetite and growth: a longitudinal sibling analysis. *JAMA Pediatr*. 2014 Apr; 168(4):345-50.
- 28 Llewellyn CH, van Jaarsveld CH, Plomin R, Fisher A, Wardle J. Inherited behavioral susceptibility to adiposity in infancy: a multivariate genetic analysis of appetite and weight in the Gemini birth cohort. *Am J Clin Nutr*. 2012 Mar;95(3):633-9.
- 29 Webber L, Hill C, Saxton J, Van Jaarsveld CH, Wardle J. Eating behaviour and weight in children. *Int J Obes*. 2009 Jan;33(1):21-8.
- 30 Jansen PW, de Barse LM, Jaddoe VW, Verhulst FC, Franco OH, Tiemeier H. Bi-directional associations between child fussy eating and parents' pressure to eat: who influences whom? *Physiol Behav*. 2017 Jul;176:101-6.
- 31 Magarey A, Mauch C, Mallan K, Perry R, El- ovaris R, Meedeniya J, et al. Child dietary and eating behavior outcomes up to 3.5 years after an early feeding intervention: the NOURISH RCT. *Obesity* (Silver Spring). 2016 Jul;24(7): 1537-45.
- 32 Chan L, Magarey AM, Daniels LA. Maternal feeding practices and feeding behaviors of Australian children aged 12-36 months. *Matern Child Health J*. 2011 Nov;15(8):1363-71.
- 33 Taylor CM, Wernimont SM, Northstone K, Emmett PM. Picky/fussy eating in children: review of definitions, assessment, prevalence and dietary intakes. *Appetite*. 2015 Dec;95: 349-59.
- 34 Dovey TM, Staples PA, Gibson EL, Halford JC. Food neophobia and 'picky/fussy' eating in children: a review. *Appetite*. 2008 Mar- May;50(2-3):181-93.
- 35 Walton K, Kuczynski L, Haycraft E, Breen A, Haines J. Time to re-think picky eating?: a relational approach to understanding picky eating. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2017 May; 14(1):62.
- 36 Byrne R, Jansen E, Daniels L. Perceived fussy eating in Australian children at 14 months of age and subsequent use of maternal feeding practices at 2 years. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2017 Sep;14(1):123.
- 37 Cooke LJ, Haworth CM, Wardle J. Genetic and environmental influences on children's food neophobia. *Am J Clin Nutr*. 2007 Aug; 86(2):428-33.
- 38 Harris HA, Jansen E, Mallan KM, Daniels L, Thorpe K. Concern Explaining Nonresponsive Feeding: A Study of Mothers' and Fathers' Response to Their Child's Fussy Eating. *J Nutr Educ Behav*. 2018 Sep;50(8):757-64.
- 39 Satter E. *Child of Mine. Feeding with love and good sense*. Boulder, CO: Bull Publishing Co; 2000.
- 40 Daniels LA, Mallan KM, Battistutta D, Nich- olson JM, Perry R, Magarey A. Evaluation of an intervention to promote protective infant feeding practices to prevent childhood obesity: outcomes of the NOURISH RCT at 14 months of age and 6 months post the first of two intervention modules. *Int J Obes*. 2012 Oct;36(10):1292-8.
- 41 Daniels LA, Mallan KM, Nicholson JM, Battistutta D, Magarey A. Outcomes of an early feeding practices intervention to prevent childhood obesity. *Pediatrics*. 2013 Jul; 132(1):e109-18.
- 42 Daniels LA, Mallan KM, Nicholson JM, Thor- pe K, Nambiar S, Mauch CE, et al. An Early Feeding Practices Intervention for Obesity Prevention. *Pediatrics*. 2015 Jul;136(1):e40-9.
- 43 Anzman SL, Rollins BY, Birch LL. Parental in- fluence on children's early eating environments and obesity risk: implications for prevention. *Int J Obes*. 2010 Jul;34(7):1116-24.
- 44 Birch LL, Davison KK. Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatr Clin North Am*. 2001 Aug; 48(4):893-907.
- 45 Australian Institute of Health and Welfare. *Australia's Health 2018*. Canberra, Australia; 2018.
- 46 Reba-Harrelson L, Von Holle A, Hamer RM, Swann R, Reyes ML, Bulik CM. Patterns and prevalence of disordered eating and weight control behaviors in women ages 25-45. *Eat Weight Disord*. 2009 Dec;14(4):e190-8.
- 47 Tylka TL, Eneli IU, Kroon Van Diest AM, Lu- meng JC. Which adaptive maternal eating behaviors predict child feeding practices? An examination with mothers of 2- to 5-year-old children. *Eat Behav*. 2013 Jan;14(1):57-63.
- 48 Coulthard H, Blissett J, Harris G. The relationship between parental eating problems and children's feeding behavior: a selective re- view of the literature. *Eat Behav*. 2004 May; 5(2):103-15.
- 49 Mallan KM, Daniels LA, Wilson JL, Jansen E, Nicholson JM. Association between maternal depressive symptoms in the early post-natal period and responsiveness in feeding at child age 2 years. *Matern Child Nutr*. 2015 Oct; 11(4):926-35.
- 50 Blissett J, Meyer C, Haycraft E. Maternal mental health and child feeding problems in a non-clinical group. *Eat Behav*. 2007 Aug; 8(3):311-8.
- 51 Birch LL, Fisher JO, Grimm-Thomas K, Mar- key CN, Sawyer R, Johnson SL. Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite*. 2001 Jun;36(3):201-10.
- 52 Jansen E, Williams KE, Mallan KM, Nichol- son JM, Daniels LA. The Feeding Practices and Structure Questionnaire (FPSQ-28): A parsimonious version validated for longitudinal use from 2 to 5 years. *Appetite*. 2016 May; 100:172-80.
- 53 Wardle J, Sanderson S, Guthrie CA, Rapoport L, Plomin R. Parental feeding style and the inter-generational transmission of obesity risk. *Obes Res*. 2002 Jun;10(6):453-62.
- 54 Anzman SL, Birch LL. Low inhibitory control and restrictive feeding practices predict weight outcomes. *J Pediatr*. 2009 Nov;155(5): 651-6.
- 55 Daniels LA, Mallan KM, Battistutta D, Nicholson JM, Meedeniya JE, Bayer JK, et al. Child eating behavior outcomes of an early feeding intervention to

- reduce risk indicators for child obesity: the NOURISH RCT. *Obesity* (Silver Spring). 2014 May;22(5):E104–11.
- 56 Frankel LA, Powell E, Jansen E. The Relationship between Structure-Related Food Parenting Practices and Children's Heightened Levels of Self-Regulation in Eating. *Child Obes*. 2018 Feb/Mar;14(2):81–8.
- 57 Fiese BH, Foley KP, Spagnola M. Routine and ritual elements in family mealtimes: contexts for child well-being and family identity. *New Dir Child Adolesc Dev*. 2006;2006(111):67–89.
- 58 Byrne R, Magarey A, Daniels L. Food and beverage intake in Australian children aged 12–16 months participating in the NOURISH and SAIDI studies. *Aust N Z J Public Health*. 2014 Aug;38(4):326–31.
- 59 Daniels LA, Magarey A, Battistutta D, Nicholson JM, Farrell A, Davidson G, et al. The NOURISH randomised control trial: positive feeding practices and food preferences in early childhood - a primary prevention program for childhood obesity. *BMC Public Health*. 2009 Oct;9(1):387.
- 60 Nicklaus S, Remy E. Early origins of overeating: tracking between early food habits and later eating patterns. *Curr Obes Rep*. 2013; 2(2):179–84.
- 61 Patrick H, Nicklaus TA, Hughes SO, Morales M. The benefits of authoritative feeding style: caregiver feeding styles and children's food consumption patterns. *Appetite*. 2005 Apr; 44(2):243–9.
- 62 Thebaud VC. Effect and process evaluations of an early childhood obesity prevention intervention [PhD thesis]. Brisbane: Queensland University of Technology; 2015.
- 63 Khandpur N, Blaine RE, Fisher JO, Davison KK. Fathers' child feeding practices: a review of the evidence. *Appetite*. 2014 Jul;78:110–21.
- 64 Hendy HM, Williams KE, Camise TS, Eckman N, Hedemann A. The Parent Mealtime Action Scale (PMAS). Development and association with children's diet and weight. *Appetite*. 2009 Apr;52(2):328–39.
- 65 Harris HA, Jansen E, Mallan KM, Daniels L, Thorpe K. Do dads make a difference? Family feeding dynamics and child fussy eating. *J Dev Behav Pediatr*. 2018 Jun;39(5):415–23.
- 66 Daniels L. Complementary feeding in an obesogenic environment: Behavioral and dietary quality outcomes and interventions. In: Black RE, Ong KK, editors. *Complementary feeding: Building the foundations for a healthy lifestyle*. Nestlé Nutr Inst Workshop Ser. Volume 87. Basel: Nestec Ltd., Vevey/Karger AG; 2017. pp. 167–81.
- 67 Ventura AK, Birch LL. Does parenting affect children's seating and weight status? *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2008 Mar;5(1):15.