



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Conducta Materna en la Mesa y Consumo Alimentario en Infantes: Evaluación de un Programa"

T E S I S
 QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
 LICENCIADO EN PSICOLOGIA
 P R E S E N T A (N)

David García Guerra
Angélica Reyes Jiménez

Directora: Mtra. **Assol Cortés Moreno**

Dictaminadores: Mtro. **Rosendo Hernández Castro**

Lic. **Miriam López Ramírez**





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	5
CAPITULO 1 DESNUTRICIÓN INFANTIL	11
1.1 Desnutrición en el Mundo y en México	11
1.2 Causas	12
1.2.1 Predisposición Genotípica	19
1.2.2 Prácticas de Alimentación	24
1.2.3 Contexto Alimentario	25
1.2.3.1 Ambiente físico	26
1.2.3.2 Ambiente comportamental	30
1.3 Efectos de la Desnutrición	39
CAPITULO 2 MÉTODO	44
2.5 Diseño	44
2.6 Participantes	44
2.7 Aparatos y Materiales	44
2.8 Instrumentos y medidas	45
2.9 Cuestionario de Datos Sociodemográficos y Prácticas de Salud	45
2.10 Cuestionario sobre Práctica Responsiva y Estimulación (CuPRE)	45
2.11 Índice de Estrés Parental (IEP) modificado	46
2.12 Percentiles de Estatura por Edad y Peso	47
2.13 Categorías	47
2.14 Escenarios	50
2.15 Procedimiento	51
2.16 Análisis de resultados	58

CAPITULO 3	RESULTADOS	61
3.1	Diada 1	61
3.2	Diada 2	68
3.3	Diada 3	75
3.4	Diada 4	82
3.5	Resultados Generales	91
CAPITULO 4	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	94
BIBLIOGRAFÍA		113
ANEXOS		117

RESUMEN

El estado nutricional es resultado de la interacción de diversos factores que se han clasificado en: carencia de los alimentos, condiciones biológicas relativas al niño, aspectos psicosociales y prácticas de alimentación por parte de los cuidadores. Estos en conjunto pueden fungir como protectores o como factores de riesgo para presentar un estado nutricional desfavorable.

La desnutrición puede estar presente a cualquier edad, sin embargo, es más notoria y grave entre los infantes de 6 a 36 meses, esto lleva a suponer que una de las principales causas guarda relación con el tipo de dieta y las prácticas de alimentación que mantienen los cuidadores que son responsables de la alimentación del pequeño. Las consecuencias de la desnutrición son diversas, pero el padecimiento crónico y prolongado puede ocasionar incluso la muerte.

En los últimos años se han desarrollado intervenciones que buscan decrementar la presencia de la desnutrición en infantes. Esta investigación tuvo por objetivo diseñar un programa para la modificación de patrones de interacción cuidador-infante durante la alimentación que se asocian con un estado nutricional pobre y evaluar su efectividad en una muestra de 4 diadas, provenientes del municipio de Huixquilucan de Degollado, cuyos niños presentaban desnutrición.

La investigación comprendió 14 sesiones durante las cuales se convocaron a los participantes, se evaluó el estado nutricional de los menores y se estableció una línea base donde se tomó registro en video de las interacciones diádicas durante la comida para observar los patrones de interacción y el tipo de conductas, además se tomaron las medidas antropométricas de los niños y se recabaron datos con ayuda de los siguientes instrumentos: *Cuestionario de datos sociodemográficos y prácticas de salud (CuPRE)*, *Índice de Estrés Parental (IEP) modificado* y *Percentiles de Estatura por edad y Peso por edad*.

La intervención constó de 5 sesiones donde se brindó psicoeducación a las cuidadoras acerca del estado nutricional y las causas de la desnutrición, se abordó cómo se estima el riesgo de padecerla, se mostraron estrategias para facilitar el consumo de alimento por parte de los infantes y se realizó un ensayo conductual con retroalimentación. Se dio seguimiento durante 2 sesiones para observar los efectos de la intervención

Para analizar los datos, la información se organizó en perfiles que describen las características asociadas al estado nutricional antes y después de la intervención para cada diada. Las conductas se analizaron mediante un sistema de categorías desarrollado por Cortés, Romero, Hernández y Hernández (2004) con la inclusión de la dimensión de afectos.

Los resultados muestran variaciones en el IEP sobre la percepción de las 4 cuidadoras acerca de sí mismas y de los menores, el CuPRE indicó que todas las cuidadoras realizan una práctica responsiva, el análisis de categorías señaló modificaciones comportamentales asociadas a un estado nutricional adecuado para todas las díadas, tanto en la categoría de presentación/consumo como en vocalizaciones y afectos. Los percentiles para peso y talla mostraron que dos de los participantes alcanzaron un estado nutricional adecuado.

Estos hallazgos indican que la intervención ha sido efectiva para modificar patrones de interacción adulto-infante durante la alimentación asociados con un estado nutricional pobre, sin embargo los cambios conductuales no muestran correspondencia positiva con el aumento de consumo alimentario y estado nutricional final para todos los participantes. Con base en los resultados proponemos cinco acciones orientadas al mejoramiento de la intervención y el perfeccionamiento de los registros.

INTRODUCCIÓN

La desnutrición es un problema de salud que afecta la calidad de vida de las personas, actualmente a nivel internacional se implementan programas cuyo objetivo es disminuir su prevalencia, sin embargo, los resultados no presentan los alcances estimados. Particularmente entre la población infantil se encuentran los índices más elevados, las cifras señalan mayor incidencia en niños menores de cinco años, específicamente en los infantes menores de dos años se observa un crecimiento y desarrollo más lento.

Estos casos se hacen más frecuentes en países vías de desarrollo, entre ellos México donde la desnutrición infantil es la quinta causa de muerte en niños menores de un año y la sexta en menores de 1 a 4 años (Rivera, Cuevas, González, & Shamah, 2012).

Las causas principales de la desnutrición se asocian a la escasez de alimentos de buena calidad, sin embargo existen factores adicionales de tipo biológico, social y afectivo que en conjunto influyen en el estado nutricional de un menor (Aboud & Alemu, 1995; Cortés, Romero, Hernández, & Hernández, 2004; Moore, Akhterb, & Aboud, 2006).

Entre las causas de tipo biológico se consideran las características propias del niño como son: el peso al nacer, las enfermedades o infecciones que ha presentado y su historia clínica general. La mala nutrición materna, daño en la placenta, nacimiento prematuro o el crecimiento intrauterino retardado también pueden afectar el desarrollo biológico y físico del niño.

Investigaciones realizadas por Cortés et al. (2004) y Pollitt et al. (1996) demuestran que factores socioculturales influyen en la nutrición, entre ellos: la ocupación laboral de los cuidadores, nivel de estudios de los mismos, nivel de ingresos, número de integrantes en la familia, oportunidades para acudir a los

servicios de salud, higiene deficiente y exposición constante a infecciones. Estos factores afectan la forma en que se realizan las prácticas de crianza.

De acuerdo con Cortés y Méndez (2012) las prácticas de crianza establecen las pautas que regulan la alimentación, la salud y el desarrollo del infante. En relación a la alimentación tienen que ver con un amplio espectro de características, como lo son: el tipo de alimentos que el adulto selecciona, su preparación, la cantidad servida y las interacciones que establece con el infante al momento de brindarle el alimento.

Según Piazza, Fisher, Brown y Shore (2003) el comportamiento y la forma en que los cuidadores disponen de la situación de alimentación se relacionan en gran medida con la nutrición infantil. Por lo tanto la desnutrición se puede deber a una falta o carencia de ciertas habilidades por parte del cuidador que faciliten el consumo de los menores.

De ello la importancia de promover prácticas de crianza responsivas, entendiendo a la responsividad como la capacidad que tiene el adulto para responder a las señales del niño de manera adecuada, inmediata y consistente.

Engle, Bentley y Peltó, (citados en Moore et al., 2006) señalan tres componentes particulares de un estilo de alimentación responsivo: a) sensibilidad ante las habilidades motoras del menor para promover la auto-alimentación, b) una conducta activa durante el episodio alimenticio y c) un ambiente estructurado que controle posibles distractores para el niño al momento de comer. Según Dewey (citado en Moore et al., 2006) el conjunto de estas prácticas puede promover un buen desarrollo físico, mental y social. La sensibilidad para observar e interpretar las señales del niño en la situación de alimentación, incluyen las respuestas de la madre ante situaciones específicas como: presencia de saciedad en el niño, falta de interés hacia los alimentos, anticipar rechazos utilizando estrategias efectivas, etc.

Con base en lo anterior se hace evidente la importancia de que la madre enfoque, estimule y ayude al niño a tener un comportamiento activo durante la alimentación facilitando el consumo del niño por medio de interacciones adecuadas. Cuando estas prácticas son inadecuadas, se considera que pueden estar asociadas a una baja escolaridad, pobreza, ambiente familiar hostil o desorganizado y/o desajustes afectivos como la depresión o el estrés de crianza.

De acuerdo con Peltó y Backstrand (citados en Cortés et al., 2004) entre las prácticas de crianza asociadas a una mala nutrición se identifican: lactancia materna insuficiente o prolongada, técnicas de ablactación inadecuadas, selección de alimentos con poco valor nutrimental o inadecuado para las capacidades motoras del niño, manejo incorrecto de enfermedades infecciosas, ambiente de cuidado poco estructurado, brindar poca atención, ignorar las peticiones implícitas del infante y evocar pocas verbalizaciones.

Estudios similares (Adoud & Alemu, 1995; Cortés et al., 2004; Moore et al., 2006; Piazza et al., 2003) han encontrado una relación entre un consumo pobre de alimentos por parte del menor y conductas como: dar de comer al niño en la boca cuando un niño puede hacerlo sólo, alimentar en forma pasiva, distraer la atención del infante hacia aspectos ajenos al consumo de alimentos, insistir en el consumo una vez que el niño está saciado, brindar el alimento rápidamente y utilizar técnicas aversivas como amenazas o golpes, esto último provoca en los niños una aversión a la situación de alimentación.

Al respecto diversas investigaciones sugieren algunas técnicas para mejorar las prácticas de alimentación, entre ellas:

Connolly y Dalgleish (citados en Parkinson, Wright, & Drewett, 2004) resaltan la importancia que guarda la presentación de los alimentos para lograr una mayor ingesta, su estudio reportó que aproximadamente al año de edad es relativamente fácil para los infantes tomar los trozos de alimento con las manos, esto resulta relevante pues en ocasiones a pesar de que los alimentos sean los preferidos para el niño, éste puede no consumirlos si se encuentran en una

presentación que requiere habilidades motoras que no se han desarrollado (por ejemplo, el sujetar una cuchara).

Cortés et al. (2004), Moore et al. (2006) y Piazza et al. (2003) sugieren algunas técnicas que se consideran útiles para incrementar la ingesta de alimentos, como: el modelamiento por parte de una persona cercana al menor y con la cual sostenga un lazo afectivo significativo, proporcionar alimentos variados durante la comida, pausar la alimentación entre un bocado y otro, disfrazar los alimentos de manera creativa convirtiéndolos en objetos atractivos para el niño, hacer de la comida un momento agradable y divertido, reforzar al niño cada vez que consuma el alimento, mantener una interacción basada en miradas, caricias, demostraciones afectivas, sonrisas y atender las señales del niño, tanto de agrado como de desagrado.

Un factor que influye en el consumo de los alimentos es el gusto que el infante desarrolle hacia ellos, de acuerdo con Birch (1999) las prácticas alimentarias de los niños se encuentran influenciadas en cierta medida por la predisposición fisiológica que los pequeños tienen a ciertos alimentos, la predisposición genética restringe la preferencia a ciertos alimentos: (1) Inicialmente los niños gustan de alimentos salados y dulces y tienden a rechazar los sabores agrios y amargos. (2) rechazo a nuevos alimentos y preferencia por sabores cotidianos y (3) predisposición por aprender preferencias hacia alimentos con base en su asociación a contextos, situaciones y consecuencias del consumo). Sin embargo, estas preferencias pueden ser modificadas mediante estrategias de presentación y consumo.

Las investigaciones permiten vislumbrar la importancia de las prácticas de alimentación y su impacto en la nutrición de los menores. En una investigación reciente realizada por Cortés, Romero y López (2008) se desarrolló un sistema de categorías con la finalidad de analizar las características de los patrones de interacción adulto-infante y poder encontrar aquellas conductas que propician u obstaculizan el consumo de alimentos, esto dirigido a configurar un ambiente que facilite el consumo del niño. Como parte del estudio se recuperaron las categorías

observacionales propuestas por Young y Drewett en el 2000 como medio para identificar patrones interactivos (indicadores de una buena o mala condición nutricia) y poder desarrollar una estrategia de investigación que promueva un consumo adecuado de alimentos. El estudio incluyó una muestra de 60 niños, 20 eutróficos y 40 desnutridos, utilizando un diseño observacional de corte transversal, se registró un video de la interacción en la diada en el momento de la alimentación, posteriormente se registró la frecuencia de cada categoría (organización del contexto, presentación/consumo, vocalizaciones). Los resultados mostraron que conductas como un mayor contacto, atención hacia el niño y el mantenimiento de la atención del niño hacia el alimento, así como un consumo independiente por parte del niño, demandante y activo, son predictoras de un mayor consumo alimentario por parte del infante. En contraste, las conductas relacionadas con un menor consumo se orientan a un menor control de la situación, escaso fomento al consumo autónomo del niño, llanto y focalización de la atención hacia aspectos ajenos a la situación de alimentación.

Dicho estudio coincide con los marcos conceptuales que hacen hincapié en la importancia de la responsividad en un contexto de alimentación. Los datos sugieren que un patrón interactivo sensible y responsivo puede fomentar el consumo de los alimentos en el infante, por lo que resulta importante enfocar una intervención hacia la modificación de patrones de crianza poniendo especial énfasis en la dimensión emocional-afectiva y, en general, en la modificación de aquéllos patrones de interacción que se consideran de riesgo para la nutrición del niño.

Se puntualiza la importancia de programas orientados a impartir información acerca de las consecuencias de la desnutrición a corto, mediano y largo plazo en el desarrollo de los niños, asimismo resulta importante poner énfasis en la educación nutricional, la importancia de un adecuado ambiente alimenticio, el conocimiento de la predisposición a ciertas preferencias y el conocimiento acerca del agrado o rechazo de un alimento basado en las consecuencias.

Una estrategia para disminuir la desnutrición en la etapa de alimentación complementaria deberá incluir la modificación de patrones de interacción que pueden estimarse como factores de riesgo para el estado nutricional del infante.

Reducir los casos de desnutrición infantil, prevenir su incidencia o revertir los daños es primordial tomando en consideración que un estado nutricional inadecuado impacta de manera importante en el desarrollo físico, psicológico y social.

Las consecuencias se hacen más graves en presencia de desnutrición crónica, donde los efectos se reflejan en: un bajo peso, déficit de talla, deterioro del sistema inmunológico, cambios estructurales y bioquímicos en el sistema nervioso central, lo cual puede limitar la capacidad para el aprendizaje (Cortés et al., 2008). También se ven afectadas funciones como el lenguaje y la resolución de problemas. Igualmente se puede presentar irritabilidad, indiferencia, apatía, timidez, llanto prolongado, tensión emocional, menor interacción social y capacidad de respuesta.

Debido al origen multicausal de la desnutrición infantil, los programas nutricionales deberán contemplar una visión integral de la problemática. Por lo tanto una prioridad es focalizar las intervenciones en niños y niñas menores de tres años y en periodos de alimentación complementaria, por considerarla una población que se encuentra en un momento crítico de vulnerabilidad nutricional dentro del ciclo de vida.

DESNUTRICIÓN INFANTIL

Desnutrición en el mundo y en México

La infancia es un periodo crucial en el proceso evolutivo del hombre pues se caracteriza por dos fenómenos: crecimiento y desarrollo, para que estos se presenten con normalidad resulta fundamental mantener un buen estado de salud mismo que se encuentra estrechamente relacionado con la nutrición (Ortiz-Andrellucchi, Peña, Albino, Mönckeberg, & Serra-Majem, 2006).

La nutrición es resultado de factores dinámicos que pueden actuar de manera favorable o desfavorable. Cuando la interacción entre estos factores sufre un desequilibrio, el crecimiento y desarrollo se ven afectados dando lugar a la desnutrición infantil, condición que puede ser definida como el estado en el cual el menor no se ha desarrollado normalmente debido a una alimentación incorrecta o cualquier número de condiciones médicas que evitan la asimilación adecuada de nutrientes (Casey, Cooper-Brown, Wacker, & Rankin, 2006).

La desnutrición infantil es un problema de salud a nivel internacional, en el 2008 la UNICEF reveló que aproximadamente el 48% de los niños menores de cinco años presenta algún grado de desnutrición. Durante el 2012 la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) estimó que 178 millones de niños menores de cinco años alrededor del mundo sufren desnutrición crónica (baja talla para la edad), la cual es responsable de 35% (3.5 millones) de muertes en este grupo de edad.

Estos casos se hacen más frecuentes en países vías de desarrollo, entre ellos México, donde la ENSANUT 2012 encontró que la prevalencia de emaciación (bajo peso para la talla) puntuó en 1.6%, bajo peso se mantuvo en 2.8%, mientras que la desnutrición crónica (baja talla) se presentó en un 13.6%. Cifra que representa casi 1.5 millones de niños menores de cinco años en estado de desnutrición. En las zonas rurales de México la prevalencia de desnutrición

infantil se mantiene al doble en comparación con las zonas urbanas (Rivera, Cuevas, González, & Shamah, 2012).

La desnutrición es un factor de riesgo para la población infantil pues datos obtenidos por el INEGI la señalan como la quinta causa de muerte en niños menores de un año y la sexta en el rango de 1 a 4 años (Fernández, Gutiérrez, & Viguri, 2012).

La desnutrición puede presentarse a cualquier edad, sin embargo, es más notoria y grave en menores de 6 a 36 meses de edad, además de los 13 a 36 meses los infantes presentan un mayor estancamiento en el crecimiento y desarrollo. Estos datos indican que los infantes son especialmente vulnerables a los seis meses (Cortés, Romero, Hernández & Hernández, 2004).

Causas

Las causas de la desnutrición se asocian popularmente a dos aspectos, por un lado, la escasez de alimentos de buena calidad y por el otro, la presencia de infecciones, sin embargo, el estado nutricional puede ser considerado como el resultado de la interacción entre diversos factores, algunos fijos (potencial genético del individuo) y otros dinámicos (sociales, económicos y culturales) que pueden interactuar de forma favorable o desfavorable afectando la nutrición de un menor (Aboud & Alemu, 1995; Black & Creed-Kanashiro, 2012; Cortés & Méndez, 2012; Ortiz-Andrellucchi et al., 2006).

Estos factores se clasifican en: a) carencia de los alimentos, b) condiciones biológicas relativas al niño, c) aspectos psicosociales y d) prácticas alimenticias llevadas a cabo por los cuidadores (Cortés, Romero, & López, 2008).

La *carencia de los alimentos* hace referencia a la poca o nula disponibilidad de los mismos, se presenta cuando en un núcleo familiar no se consumen las raciones alimenticias de ingesta diaria recomendada. Debido a ello el infante puede presentar algún grado de desnutrición, pues su dieta no contiene la

variedad, equilibrio y/o cantidad adecuada de alimentos. De igual manera se incluye cuando se tienen los alimentos, pero estos no contienen el valor nutrimental necesario para cubrir las demandas del organismo.

Las *condiciones biológicas relativas al niño* hacen referencia a aquellos factores propios del menor los cuales vienen dados desde el nacimiento como el bajo peso al nacer y la propensión a infecciones.

El bajo peso al nacer es el resultado de causas principalmente relacionadas con el estado de salud de la madre durante el embarazo como las enfermedades o la mala nutrición. Si la madre no mantiene un buen estado de salud, el infante puede presentar un peso y una talla por debajo de la media donde debería situarse, esto hace que su crecimiento desde el principio sea menor en comparación con otros recién nacidos (Álvarez, Urra, & Aliño, 2001; Black y Creed-Kanashiro 2012).

Además, la condición nutricia de la madre durante el embarazo puede afectar otras áreas de la vida del neonato. Por ejemplo, la investigación realizada por Allen, Backstrand, Chávez, y Peltó (1992) mostro que: 1) un mayor peso y consumo de grasa en el embarazo se asocia con una alta frecuencia de sonrisas en los niños, 2) bajos niveles de vitamina B12 en la madre durante el embarazo y la lactancia, se asocia con menos miradas hacia la madre, así como rechazo y berrinche por parte del menor, y 3) altos niveles de vitamina B12 se asocian con ver más a la mamá, disminución de rechazo y advertencias hacia el niño. Es decir, las madres mejor nutridas durante el embarazo tienen hijos que sonrían más, mueven más los brazos y prestan mayor atención.

Por otro lado la propensión a enfermedades o infecciones guarda una importante relación con el estado nutricional presente del niño (Aboud & Alemu, 1995). Las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias pueden ocasionar que el aporte nutrimental de los alimentos que se consumen no se aproveche, ya sea por la disminución del apetito que se refleja en un menor consumo y/o porque

el agente infeccioso interfiera en los procesos de absorción e incorporación de nutrientes en el cuerpo (Cortés et al., 2008).

Los *aspectos psicosociales* hacen referencia a las condiciones del ambiente que constituyen uno de los principales eslabones para el desarrollo del menor, en este apartado se incluye cada una de las características asociadas a las condiciones de vida de la familia del niño y las prácticas de crianza que contribuyen de forma importante en el estado nutricional, ya sea como agentes que influyen positiva o negativamente en la alimentación.

De acuerdo con la investigación realizada por Cortés et al. (2008) la baja escolaridad de los padres se encuentra asociada a condiciones de riesgo nutricional. En específico, un nivel educativo básico por parte del padre representa un factor de riesgo; se explica que una baja escolaridad puede influir en creencias sobre el desarrollo, estimulación, ambiente educativo y necesidades nutricias, propiciando que las prácticas de crianza resulten poco efectivas para fomentar el crecimiento y desarrollo infantil. Además, el nivel educativo de los padres puede mantener relación con la ocupación laboral y los ingresos familiares, lo que conlleva a restricciones económicas que afectan el acceso a los alimentos y servicios de salud, mismos que influyen en las variables asociadas al desarrollo integral del niño.

Otra variable asociada a la desnutrición es la condición de hijo primogénito pues esta característica afecta el comportamiento que los cuidadores guardan con el menor en relación a la alimentación, el cuidado y la protección (Cortés et al., 2008).

Es así que la ingesta dietética de los niños está relacionada no solo con la disponibilidad de alimentos o las enfermedades, sino también con las condiciones de vida familiar. Además el clima emocional y los comportamientos llevados a cabo durante la comida son factores que influyen en el estado nutricional y forman parte de las prácticas de alimentación.

Las prácticas de alimentación tienen que ver con un amplio espectro de características como: el tipo de alimentos que el adulto selecciona, su preparación, la cantidad servida y el estilo interactivo que establece con el infante al momento de brindarle el alimento (Cortés & Méndez, 2012).

Un estilo interactivo se entiende como el grupo de patrones consistentes con los cuales un individuo se enfrenta una situación por primera vez (Ribes, 2009). Las madres tienen estilos particulares de interacción que se ven influenciados por la edad y características del niño, la cultura de pertenencia, así como las creencias y expectativas que tienen acerca del desarrollo del infante (Aboud & Alemu, 1995).

Las características del niño, influyen en el tipo de interacción madre-hijo, por ejemplo, según la hipótesis de Grantham-McGregor, Powell, Walker y Himes (1991) una madre puede mantener una interacción poco activa con un niño desnutrido y contribuir a una menor estimulación; la madre se muestra menos responsiva debido a la baja demanda del infante, lo que disminuye la calidad y cantidad de interacción madre-hijo, dando como resultado menos interacción sensible necesaria para un buen desarrollo.

En otras ocasiones el tipo de interacción se regula por las creencias que las madres tienen sobre su papel como cuidadoras y el desarrollo infantil, estas creencias se dictaminan por el contexto y las tradiciones específicas de la cultura de pertenencia (Vera & Domínguez, 1996). Testimonio de ello es lo reportado por Frankel y Bornstein (citados en Aboud & Alemu, 1995), quienes encontraron que algunas madres etíopes asumen que sus funciones se limitan a alimentar, limpiar al niño, así como vigilar el buen crecimiento y estado físico, dejando de lado la importancia de estimular el desarrollo psicológico.

Las creencias que las madres poseen acerca del desarrollo dan pauta al comportamiento que tendrán hacia los menores. Un ejemplo de ello es que algunas madres llegan a descuidar la nutrición del niño por considerar que el

menor se encuentra dentro de los límites normales aun cuando el niño se encuentre desnutrido.

Las expectativas que se tengan sobre el desarrollo infantil influyen en el comportamiento de los padres, así como, en la forma en que éstos estimulan el desarrollo y las capacidades de los pequeños. Por ejemplo, un estudio comparó el desarrollo de niños pertenecientes a dos comunidades, los Kurdos y los Yemen. Los Kurdos proporcionan mayor importancia al desarrollo motor, los Yemen ponen mayor énfasis al desarrollo verbal y físico; los resultados mostraron que, los niños Kurdos desarrollan el lenguaje a edades más tardías en comparación con los Yemen, quienes reciben mayor estimulación en el área a edades más tempranas. Esto sugiere que las expectativas positivas incrementan la probabilidad de una estimulación oportuna para el desarrollo de los menores (Frankel y Bornstein citado en Aboud & Alemu, 1995).

Otra investigación sugiere que las interacciones físicas y las respuestas verbales que la madre mantiene con su hijo se encuentran influenciadas por la edad del mismo y se asocian con las expectativas que se tienen acerca del desarrollo infantil. El estudio realizado por Aboud & Alemu (1995) evidenció que 21% de las madres Etíopes que participaron concebían que los niños comienzan a entender las primeras palabras alrededor de los 18 meses o incluso más tarde, 20.5% creían que un niño aprende de forma natural y no es necesario enseñarle sino hasta los 48 meses.

La misma investigación señala que, desde la perspectiva de las madres, resulta ineficaz comenzar una interacción durante los primeros meses ya que el niño no podrá comprender las expresiones verbales sino hasta edades más tardías. De tal forma que las expectativas de la población fundan referentes reales que sustentan la misma percepción; los niños no hablan a edades tempranas por falta de estimulación y el que no lo logren justifica que no se les enseñe sino hasta edades más avanzadas.

En resumen, la percepción de los padres respecto a las capacidades de los niños y las expectativas que guardan acerca de su desarrollo, son aspectos que guían el tipo de interacción, si estas son positivas y adecuadas el desarrollo del niño se verá beneficiado gracias a una estimulación oportuna, mientras que si son inadecuadas se verá afectado. Puede decirse que el tipo de conocimiento que las madres tienen acerca del desarrollo de los niños puede permitir, o no, a éstas entender las señales y los mensajes significativos sobre las necesidades nutricionales y de desarrollo de los menores (Vera & Domínguez, 1996).

Los estilos interactivos de alimentación pueden clasificarse con base en el nivel de sensibilidad que posea el cuidador para responder oportunamente a las señales que el menor brinda.

Un estilo de alimentación responsivo, definido como el tipo de interacción donde el adulto reconoce las señales conductuales del infante y proporciona una respuesta contingente, oportuna consistente ante estas, se relaciona con un óptimo desarrollo cognitivo y socioemocional en los pequeños.

Evidencia de ello son las investigaciones de Dewey (citado en Moore, Akhter & Aboud, 2006) que revelan la existencia de niños con un buen estado nutricional entre las familias de bajos recursos donde se llevan a cabo prácticas de alimentación sensibles.

Además de los estilos interactivos, las prácticas de alimentación incluyen los comportamientos específicos que caracterizan a las interacciones durante la alimentación, por ejemplo, el número de bocados que se ofrecen, la reacción de los padres frente a la aceptación o rechazo del niño, etc.

El afecto forma parte de las prácticas de alimentación. Durante los primeros meses de vida del niño, los cuidadores y el menor comienzan a establecer una relación, en ella, ambos reconocen e interpretan señales de comunicación tanto verbal como no verbal, este proceso es la base para el vínculo emocional o de apego. Una vinculación emocional positiva es esencial para el desarrollo general

del menor. Cuando el vínculo emocional se fragmenta o no es el adecuado, impacta negativamente en diferentes áreas de desarrollo en el menor, esto incluye a la alimentación.

El estrés parental juega un papel importante en el establecimiento de conductas afectivas que el cuidador tiene hacia el menor, como: las rutinas de higiene, seleccionar y preparar alimentos adecuados, prevenir accidentes y establecer condiciones ambientales estimulantes para el niño, etc. es decir, el estrés puede afectar la calidad de las interacciones entre los niños y sus cuidadores. En el contexto de alimentación el estrés puede incrementarse ante los fracasos del cuidador por no lograr que el niño ingiera el alimento, lo que trae consigo señales de ansiedad y frustración que el menor percibe generándole estrés y afectando su apetito, lo que puede hacer que la situación de alimentación se vuelva aversiva para la diada provocando en el infante un estado de malnutrición (Cortés & Méndez, 2012).

Cabe destacar que la presencia de un estado nutricional desfavorable en un menor no es la consecuencia inmediata de la influencia de un solo factor (biológico, psicosocial, la carencia de alimentos o prácticas alimentarias), sino el resultado de una interacción recíproca entre ellos. Para estudiar a la desnutrición se debe tener en cuenta que los factores biológicos o psicosociales no son determinantes ni influyen de manera aislada, esto significa que la desnutrición no es uni-causal sino que es el resultado de la interrelación entre diversos agentes (Aboud & Alemu, 1995; Black & Creed-Kanashiro, 2012).

A continuación ahondaremos en dos incisos de especial relevancia para la investigación: la predisposición genotípica (condición biológica relativa al niño) y las prácticas de alimentación. Resaltamos estos dos apartados por mostrarse como eje central de la intervención.

Predisposición Genotípica

Entendemos por predisposición genotípica a aquella característica del individuo que lo influencia en la elección de determinados alimentos por sobre otros accesibles para su consumo.

Se considera que las predisposiciones genotípicas pudieron surgir de la evolución del hombre como una adaptación que promueve la ingesta de alimentos ricos en nutrientes necesarios para mantener la salud en ambientes donde el acceso a los comestibles era escaso, un ejemplo de ello es que los niños tienden a preferir alimentos con alta densidad energética.

Birch (1999) clasifica la predisposición genotípica en tres grandes tendencias: a) Preferencia por alimentos salados y dulces y rechazo por los sabores agrio y amargo, b) Rechazo a nuevos alimentos y preferencia por sabores cotidianos y c) Predisposición por aprender preferencias hacia alimentos con base en su asociación a contextos, situaciones, otros sabores y consecuencias del consumo.

a) La tendencia a preferir sabores dulces y salados y a rechazar sabores ácidos y amargos se ha comprobado por medio de diversas medidas, se considera como principal indicador de preferencia el consumo del alimento y su asociación con la expresión facial inmediata; la expresión característica de agrado se manifiesta como la relajación de los músculos faciales y retracción de los ángulos de la boca, similar a una sonrisa. Mientras que la expresión facial característica de los recién nacidos interpretada como disgusto es la depresión de los ángulos de la boca arqueando la posición central del labio superior.

En general, se ha encontrado que los recién nacidos prefieren el agua azucarada y las soluciones dulces, y muestran reacciones de desagrado y rechazo por soluciones agrias y amargas.

En cuanto al sabor salado, posterior al nacimiento no es posible obtener una reacción facial distintiva o una ingesta diferencial a éste sabor en comparación con el agua. Reportes de envenenamiento por el consumo de sustancias preparadas con sal en lugar de lactosa sugieren que los infantes no detectan los altos niveles de sal o no son capaces de inhibir su ingesta tempranamente, por lo que se considera que la preferencia surge posterior a los cuatro meses de edad cuando se encuentran diferencias significativas en el consumo.

b) Otro factor relacionado con la preferencia hacia determinados alimentos es la neofobia que es la tendencia a rechazar alimentos con los cuales no se tiene experiencia de consumo. Esta se considera una función adaptativa presente en los omnívoros que restringe la ingesta de alimento para evitar la intoxicación, enfermedad o muerte. En los seres humanos, principalmente en los neonatos, se presupone que mantiene una función protectora limitando el consumo de alimentos a aquellos que son brindados por los padres mientras los hijos aprenden a alimentarse con seguridad por ellos mismos.

Esta hipótesis se muestra acorde con los estudios realizados por Pliner (citado en Birch, 1999), en los que se comparó la presencia de la neofobia a diferentes edades, los resultados mostraron que la neofobia decrece conforme aumenta la edad. Aunque estos hallazgos difieren con los reportados por Koivisto (citado en Birch, 1999) que encuentra que la neofobia puede ser mínima en la infancia, aumentar en la infancia temprana y declinar en la adultez, ambos concuerdan con el declive de la respuesta neofóbica a edades donde el ser humano es probablemente capaz de alimentarse por sí mismo con mayor seguridad.

Tomando en consideración las tendencias anteriores, pareciera que la alimentación se encuentra determinada por la selección innata, sin embargo, el gusto y la neofobia son sólo dos de los numerosos motivos que influyen en la elección de un alimento.

Existen también mecanismos de aprendizaje derivados de la experiencia que se encargan de reducir las reacciones iniciales de rechazo. Cuando los alimentos sólidos son introducidos a la dieta del infante las preferencias alimenticias mantienen gran influencia en el consumo, por lo que se hace necesaria la experiencia temprana con nuevos alimentos para decrementar la respuesta neofóbica. Una vez probado el alimento, la preferencia aumenta en dependencia de la frecuencia y la exposición que se tenga con el mismo, es decir, la ingesta se incrementa mientras mayor sea la experiencia de consumo. Inclusive, la reducción de la neofobia hacia un alimento específico puede generalizarse a otros alimentos parecidos.

Ello indica que las predisposiciones genéticas (como el gusto y el rechazo) interactúan con aspectos del ambiente alimenticio (como la experiencia de consumo) para producir preferencias alimenticias específicas.

Lo que muestra que las tendencias innatas pueden cambiar mediante la experiencia, como lo indica una investigación longitudinal llevada a cabo por Beauchap y Mora (citados en Birch, 1999) en la cual se encontró que la preferencia por el agua endulzada (sabor dulce) se relaciona con la experiencia dietaria del infante. Los infantes rutinariamente alimentados con agua endulzada muestran mayor preferencia por ésta en comparación con aquellos que no la consumen regularmente. Igualmente, la respuesta típica de rechazo al sabor amargo puede modificarse, las formulas amargas se vuelven bien aceptadas por los niños si han tenido contacto temprano con las mismas.

En cuanto a la preferencia por el sabor salado, que aparece aproximadamente a los 4 meses de edad, esta tendencia tardía se interpreta como debida a la experiencia con los alimentos ya que en la infancia temprana se prefieren niveles más concentrados de sal. Relacionado a la experiencia, incluso se ha encontrado también que los alimentos que la madre consume durante el embarazo y la lactancia guardan relación con las preferencias de sabor que tendrán los menores.

La explicación sugiere que la experiencia de consumo se transmite por medio del líquido amniótico y la leche materna, lo que puede contribuir a reducir el rechazo por determinados sabores. Esta especie de predisposición da pautas que pueden facilitar la transición para el consumo de alimentos sólidos y contribuye a la familiarización de nuevos alimentos.

En suma, las investigaciones indican que poseer un repertorio amplio de sabores conocidos (experiencia dietaria) probabiliza una mayor ingesta de nuevos alimentos, dado que el parecido entre los sabores es una condición que se asocia con un alimento familiar y por lo tanto seguro.

Los datos anteriores incitan a descartar las suposiciones acerca de las preferencias alimenticias como reflejos innatos derivados de las necesidades nutricionales del cuerpo, es decir, de la habilidad del niño para mantener una dieta saludable como una práctica puramente fisiológica, en parte debido a que las investigaciones usadas para fundamentar esta capacidad configuran la situación y los alimentos que han de ser consumidos, de forma que no se presenta una situación real en la que se encuentren a disposición diversidad de alimentos potencialmente dañinos para la salud. Se pueden concebir el desarrollo de esta capacidad como el resultado de las predisposiciones genéticas en conjunto con factores ambientales (incluyendo lo social). Esta concepción sobrepasa las creencias deterministas acerca de la génesis del comportamiento (innato vs aprendido) dando como resultado una perspectiva genético-ambiental.

c) Uno de los factores de mayor importancia en el consumo del alimento es la predisposición a aprender preferencias con base a la asociación a contextos, situaciones, otros sabores y consecuencias del consumo. Este inciso es especialmente relevante debido a que son algunas variables en las cuales se puede incidir directamente para hacer posible un mayor consumo de alimento. Por contexto de consumo se entiende a todo aquello presente al momento de ingerir los alimentos, éste juega un papel fundamental en el desarrollo de preferencias ya que incluye los alimentos que se encuentran a disposición.

Las investigaciones muestran que el patrón alimentario que mantienen los padres influye de manera significativa en los patrones de consumo y las preferencias alimentarias de los hijos y que esta semejanza se hace más constante a medida que se avanza en edad, esto probablemente debido a que son los padres los que disponen del contexto de consumo y a que, derivado de ello, el niño tiene mayor oportunidad de experimentar con determinados alimentos y generar mayor preferencia y sensibilidad hacia ellos, igualmente se puede crear una asociación entre la situación de alimentación y el consumo de determinados alimentos, por ejemplo; se tiende a preferir los sabores dulces cuando se encuentran asociados con situaciones específicas en las que cotidianamente se consumen alimentos de éste sabor.

Otro proceso de aprendizaje donde se ponen en juego las condiciones asociativas que se hacen del evento es la satisfacción encontrada en el contexto social en que se consume el alimento, es decir, si un contexto es gratificante se asociará este sentir con el consumo o con el alimento consumido. Al respecto Tiger (citado en Birch, 1999) menciona que el hacer placenteras conductas esenciales incrementa la posibilidad de que las especies sobrevivan, mientras que el hacer una conducta esencial displicente decrementa la posibilidad de que esta se presente, lo que puede incurrir en un daño severo cuando de alimentación se trata.

Otro aspecto que influye en el consumo del niño es la preferencia de alimento que se desarrolla a partir de la asociación de un sabor previamente aceptado con otro; estos descubrimientos sugieren que la combinación de un sabor con otro, generalmente dulce, contribuye al desarrollo de una preferencia por el sabor nuevo previamente rechazado.

Finalmente, las preferencias también pueden ser desarrolladas a partir de las consecuencias de consumo. Cuando un niño consume un alimento nuevo y las consecuencias que se presentan posteriores al consumo son positivas, resulta reforzante para esta conducta y el niño aprende a aceptar el alimento como familiar y seguro. Esto significa que se necesita de una experiencia positiva con

un nuevo alimento para incrementar la ingesta del mismo en una segunda repetición. Incluso es posible aumentar la probabilidad de consumo de un alimento nuevo manteniendo consecuencias positivas aún siendo independientes de las propiedades directas del alimento, por ejemplo mediante reforzamiento social.

Sin embargo, los hallazgos empíricos sugieren que así como las preferencias alimenticias son aprendidas, también la aversión por un sabor puede derivarse de las consecuencias posteriores a la ingesta. La asociación del consumo de un alimento con las consecuencias (gastrointestinales o sociales) crea un aprendizaje que puede ser positivo o negativo.

Cabe destacar que es posible desarrollar una aversión hacia un alimento desconocido manteniendo consecuencias negativas al consumo, aunque el alimento mismo no haya sido la causa del evento aversivo. Prueba de ello es la investigación de Mattes (citado en Birch, 1999) en la que se reportó que 40% de los participantes manifestó haber aprendido una aversión alimenticia y que el tipo de aversión aprendida es similar con algunas aversiones desarrolladas en el núcleo familiar. Acorde, Bernstein y Borson (citados en Birch, 1999) sugieren que los niños que han padecido problemas alimenticios crónicos pueden ser más melindrosos como producto de diversas aversiones aprendidas.

Ello abre posibilidad a la hipótesis de que gran parte de la desnutrición se debe, a que las consecuencias (gastrointestinales o sociales) de consumo hayan sido negativas para los infantes y en consecuencia, se nieguen a consumir los alimentos.

Prácticas de Alimentación

Centrados únicamente en los datos aportados hasta ahora, pareciera que la desnutrición se encuentra determinada por la carencia o no de alimentos y el aspecto psicosocial, aunados a la condición biológica, lo que inclinaría a suponer que en el ámbito psicológico poco o nada existe que se pueda hacer para

combatir este terrible mal, sin embargo, la condición alimenticia es producto de la conjugación de diversos mediadores en los cuales se puede influir (Cortés et al., 2008; Parkinson, Wright & Drewett ,2004).

Ejemplo de ello es el comportamiento del cuidador relativo a la alimentación, factor que se vislumbra prometedor para erradicar la desnutrición, mediante programas que busquen la mejora de las prácticas alimentarias de los cuidadores.

Como lo mencionan Cortés et al. (2008) uno de los primeros pasos para lograrlo sería “observar de manera sistemática cuándo ciertas prácticas de crianza funcionan como protectoras y cuándo como factores de riesgo, (lo que) abre la posibilidad de establecer propuestas de intervención que incluyan... la modificación del comportamiento del adulto responsable del niño” (p. 71).

En la investigación de Cortés et al. (2004) se utilizó un sistema de categorías para observar el comportamiento del niño y su cuidador en situaciones de alimentación. Los resultados mostraron diferencias conductuales entre las diadas de niños con desnutrición y aquellos con peso normal. Esas diferencias indican que el comportamiento alimentario del menor puede verse favorecido mejorando las prácticas alimentarias que realizan sus cuidadores.

Localizar prácticas de alimentación que favorecen u obstaculizan el desarrollo del niño permitirá potenciar aquellas conductas del cuidador que funcionan como protectoras y decrementar o terminar la presencia de conductas que inhiben el consumo del alimento. Ello parece indicar que el análisis de la dimensión psicológica en la desnutrición puede contribuir de manera sustancial a la solución del problema (Cortés et al., 2004).

Contexto alimentario

Como se ha mencionado, dentro de la predisposición genotípica encontramos muchas de las variables que influyen en el desarrollo de una preferencia, sin

embargo, estas sólo reflejan aquellos factores directamente relacionados con el individuo que consume. Se debe recordar que la aparición o no de un comportamiento no solo depende del impulso innato, de la misma forma se encuentra influenciado por factores externos al individuo que facilitan o dificultan el llevarlo a cabo.

Especialmente para el estado nutricional de los infantes, debe tomarse en consideración que durante los primeros años de vida, los padres son los principales responsables de crear el ambiente alimenticio del niño (Birch, 1999), por lo que uno de los factores más influyentes serían las prácticas que mantienen los adultos encargados del cuidado del niño en relación al contexto alimentario (Cortés, 2011; Birch, 1999; Moore et al, 2006).

Con propósitos expositivos podemos diferenciar, dentro del contexto alimentario, dos aspectos específicos de la situación de alimentación: primero, la forma en que el cuidador dispone el lugar en donde se consumirán los alimentos, al cual llamaremos ambiente físico. Y segundo, los comportamientos que mantiene al momento en que se brinda el alimento, el ambiente comportamental. En primer lugar nos ceñiremos en la disposición de la situación:

Ambiente físico:

La forma en que el cuidador dispone de la situación de alimentación puede ser variada, por ejemplo, la selección de alimentos con poco valor nutricional, la lactancia materna insuficiente o prolongada (más allá de los seis meses) y las técnicas de ablactación inadecuadas (introducción tardía de alimentos sólidos).

La selección de los alimentos que consume el menor es uno de los principales factores que influyen en el estado nutricional del infante, en ocasiones la alimentación puede no ser adecuada debido a que los padres brindan poca variedad y/o cantidad de alimentos a causa de diversos factores (creencias, preferencias, ideologías, recursos, etc.).

Por ejemplo, a veces los padres no brindan un alimento específico al menor debido a que ellos sienten disgusto por el mismo, esto resulta perjudicial en la dieta del niño pues le restringe de ciertos aportes nutrimentales benéficos. Entre mayores sean estas restricciones menos serán las probabilidades de tener una alimentación balanceada y, por ende, un estado nutricional adecuado. Es por ello que los padres deben considerar brindar una buena diversidad de comestibles a los infantes, ya que entre las consecuencias de variar los alimentos, además de los aportes nutrimentales, encontramos; el incremento en el consumo y la generalización del gusto a otros víveres cuyo sabor sea similar (Birch, 1999).

Una lactancia prolongada puede provocar un estado nutricional inadecuado, esto lo muestra la investigación de Moore et al. (2006) donde se observó que niños entre 6 y 24 meses que aún consumían leche materna como alimento principal presentaban algún grado de desnutrición que iba de leve a moderado. Los resultados de la investigación evidenciaron que los cuidadores carecían de información sobre las necesidades nutrimentales de los menores con base en la edad, cabe señalar que la introducción inadecuada de los alimentos es casi tan dañina como la carencia de los mismos.

La percepción que se tenga de la comida igualmente resulta importante, pues además del sabor, las experiencias táctiles, olfativas y visuales que se tengan del alimento pueden favorecer la ingesta. Al respecto Moore et al. (2006) menciona que una estrategia exitosa para lograr una mayor ingesta alimentaria en el menor, consiste en convertir a los alimentos de manera creativa en objetos de interés para los niños ya que de esta forma se disminuyen sus resistencias. Aunado a ello, también se aconseja que la comida sea un mayor atractivo que los aspectos ajenos a la alimentación lo cual puede lograrse mediante el control de posibles distractores para el niño.

La forma de presentación de los alimentos puede mejorar el consumo para ello, se deben seleccionar alimentos adecuados tomando en cuenta las capacidades motoras del niño (Cortés et al., 2008; Parkinson et al., 2004; Engle, Bentley y Pelto, citados en Moore et al., 2006). Referente a ello, en una

investigación llevada a cabo por Parkinson et al. (2004) con el propósito de observar el comportamiento e ingesta de energía de niños de un año de edad, se hallaron diferencias sistemáticas acorde al tipo de alimento presentado; el comportamiento de alimentación difirió marcadamente en dependencia de la forma de presentación de la comida. Connolly y Dalglish (citados en Parkinson et al., 2004) mencionan que ello se puede deber a que aproximadamente al año de edad es relativamente fácil para los infantes tomar los trozos de alimentos con las manos, pero no con la cuchara.

Estos resultados sugieren la importancia de presentar los alimentos de forma que se facilite su consumo; cualidades como el sabor se ven mediadas por la facilidad con la que el niño puede acceder al alimento, es decir, a pesar de que los alimentos presentes sean los preferidos del niño, éste puede no consumirlos si se encuentran en una presentación que requiere habilidades que no se han desarrollado o se encuentran en proceso de desarrollo (por ejemplo, el sujetar una cuchara).

Lo anterior se relaciona con la capacidad del niño para involucrarse libremente en la situación de alimentación. Se ha encontrado que la privación, un ambiente que obstaculiza la interacción del infante con el alimento, se asocia negativamente con el estado nutricional (Cortés et al., 2004). Otra forma de presentación considerada inadecuada es el beber del biberón, Ruel y Menon (2002) explican que el uso de este utensilio a mayores edades resulta incompatible como facilitador de la alimentación pues fomenta la introducción tardía de alimentos sólidos, posiblemente debido a que interrumpe el desarrollo de habilidades necesarias para la auto-alimentación.

Estos datos evidencian la importancia de disponer la situación de forma que el niño sea capaz de participar activamente, pues mientras más fácil sea el acceso que tiene al alimento mayor será la probabilidad de que lo consuma. Se asume la importancia de que el cuidador enfoque, estimule y ayude al niño a tener un comportamiento activo durante la alimentación (Dewey, citado en Moore et al.,

2006) mediante la creación de un ambiente que promueva el comportamiento social, las habilidades psicomotoras y la auto-alimentación (Moore et al., 2006).

Por último, dentro del contexto alimentario y la disposición de la situación de alimentación se evidencia otro factor que puede influir en el consumo del alimento: las personas involucradas en el proceso de alimentación. Por ejemplo, en la investigación realizada por Casey et al. (2006) se encontraron respuestas diferenciales de consumo en dependencia de la presencia del padre o la madre, a pesar de que los horarios de reforzamiento de ambos eran similares, es decir, el consumo del niño puede diferir en dependencia de la persona que lo alimenta (Bithoney, Van Sciver, Foster, Corso & Tentindo, 1995; Dune, Sneddon, Iwaniec & Stewart, 2007),

Otra forma en que se puede influir en el estado nutricional es mediante la presentación de modelos. Birch (1999) sugiere que la neofobia puede reducirse cuando se observa a una persona mayor o admirada consumir un alimento nuevo. El modelamiento puede reducir el rechazo por parte del infante hacia alimentos que no había probado pero consideraba desagradables. Las personas mayores, hermanos o compañeros pueden modelar el consumo de alimentos nuevos y de esta forma inducir a los menores a consumirlos. La efectividad es mayor en las madres y hermanos mayores así como aquellas personas que mantienen un vínculo afectivo más estrecho con el infante.

Estas investigaciones ponen de relieve la posibilidad de estructurar ambientes de alimentación que hagan probable un mayor consumo por parte del menor con modificaciones simples que pueden incluir; mayor variedad de alimentos, diferentes presentaciones, mayor control sobre los estímulos del ambiente y la presentación de modelos que ejemplifiquen un consumo adecuado de los mismos.

Ambiente comportamental

A nivel internacional se han implementado programas que buscan disminuir la incidencia de desnutrición infantil, sin embargo, los resultados no son los estimados pues centran su atención en la introducción de suplementos nutrimentales. La educación nutricional es un enfoque orientado a la difusión del impacto que puede llegar a tener un adecuado ambiente alimenticio frente al gran problema de salud que representa la desnutrición infantil (Birch, 1999).

Es importante saber que las prácticas de alimentación se asocian con el estado nutricional; que la forma en la que el adulto dispone del ambiente y especialmente, que las acciones que lleva a cabo en la mesa al momento de comer pueden facilitar o inhibir el consumo e incluso llegan a ser tan determinantes como la presencia o ausencia de los alimentos.

Resulta crucial conocer cada una de estas conductas y clasificarlas como promotoras o inhibidoras del consumo de alimento, para así identificar y modificar patrones comportamentales presentes en los padres que puedan representar un riesgo para el buen estado nutricional (Piazza, Fisher, Brown, & Shore, 2003).

Centrándonos en el ambiente comportamental, el eje de influencia central es la interacción cuidador-infante que se manifiesta durante los episodios de alimentación, el cual incluye dos factores principales; por un lado se encuentra la habilidad del cuidador para captar la atención del infante (pues sin esta es imposible la interacción), y por el otro se encuentra su capacidad de responder adecuadamente a las señales que emite el niño.

El primer aspecto, como se ha visto, puede ser facilitado por medio de la disposición de la situación de forma que sea atractiva, mientras que el segundo aspecto implica que el cuidador sea sensible al observar e interpretar las señales del niño en la situación de alimentación y que además brinde respuestas adecuadas y oportunas ante sus comportamientos y respuestas. Es decir, la

situación de alimentación implica lo que el niño y el adulto hacen y cuáles son los resultados de tal interacción.

En términos generales se debe considerar; la presentación activa o pasiva de los alimentos, el desarrollo de las preferencias con base en su asociación con las consecuencias (sociales) y las conductas de juego e intercambio verbal presentes en el momento de la comida (Cortés et al., 2008).

Moore et al. (2006) opina que la práctica de alimentación involucra más que hacer compañía al niño durante la comida, servirle y alejarse esperando que consuma el alimento, el autor propone algunas estrategias que pueden ser utilizadas para fomentar una alimentación adecuada como: sentar al niño de tal forma que la posición le permita mantener contacto cara a cara con el cuidador y tener libre acceso a los alimentos, prestar atención a lo que el niño ingiere, estimularlo a que consuma más y no ofrecer primero los líquidos (porque el niño se saciará antes de consumir los alimentos con mayores beneficios nutrimentales).

Otras muestras de comportamientos adecuados de este tipo son: poner atención ante episodios donde el menor presente saciedad o falta de interés hacia los alimentos, anticipar rechazos utilizando estrategias efectivas, reforzar la ingesta por medio de estímulos, evitar una interacción demasiado lenta, rápida o sobre-estimulante, mirar a los ojos, mantener una interacción física frecuente, etc. (Cortés et al., 2008).

Sin embargo, a pesar de que todos estos comportamientos son importantes, pues cada uno probabiliza un mayor consumo de alimentos, la mayoría hacen referencia a conductas propias del cuidador.

Para que el consumo de alimentos sea adecuado es necesario que el infante participe activamente en la situación de alimentación. A consecuencia de ello el cuidador debe enfocarse en estimular y ayudar al niño a tener un comportamiento activo (Dewey, citado en Moore et al., 2006). No sólo se debe

permitir que el niño actúe, sino que es aconsejable incitarle a iniciar la interacción y a mantenerla atendiendo a su comportamiento de forma rápida, apropiada y consistente, tomando en consideración sus necesidades, hablando y respondiendo en todo momento a sus vocalizaciones, con el fin de propiciar una interacción eficiente que favorezca el desarrollo del infante ya que una actitud pasiva está asociada al menor consumo de alimentos (Moore et al., 2006).

Una madre que responde a las señales explícitas del niño refuerza el uso de las mismas, lo que traerá como consecuencia que el niño proporcione señales claras hacia ella en relación a la alimentación (Black & Creed-Kanashiro, 2012). De esta forma, se puede observar que la responsividad de los infantes se encuentra influenciada por la calidad de la interacción que presenta su cuidador, es decir, el infante mantendrá una interacción constante si su cuidador responde de igual forma y al contrario, si el cuidador mantiene un comportamiento pasivo el niño interactuará en menor medida.

Lamentablemente, ocurre a menudo que aunque los niños son capaces de desarrollar la habilidad para comer por su propia cuenta sólo un porcentaje menor puede hacerlo, ello debido a la nula estimulación para promover la auto-alimentación por parte de los cuidadores.

Esto puede deberse a varias razones, los padres pueden restringir la actividad de sus hijos por temor a que se lastimen, a que se ensucien o por considerar que todavía no serán capaces de hacerlo por ellos mismos. Un dato importante que puede justificar el comportamiento de las madres que utilizan éstas estrategias que resultan intrusivas es que las mismas pueden ser exitosas de inmediato, pero no lo son a largo plazo (Black & Creed-Kanashiro, 2012).

Prueba de la importancia de la responsividad permisiva del adulto son las observaciones realizadas por Cerro, Zeunert, Simmer y Daniels (2002) en las cuales se ha encontrado una relación entre un consumo pobre de alimentos y conductas como dar de comer al niño en la boca cuando puede hacerlo solo; en ocasiones esto puede resultar molesto para el menor pues puede suceder que el

cuidador, debido a la poca sensibilidad a las señales del niño, no contemple adecuadamente el ritmo de masticación y deglución, por lo que el ofrecimiento de un nuevo bocado cuando aún no se ha terminado el anterior puede resultar invasivo provocando sensación de ahogo, de esta manera el niño puede rechazar la comida por asociarla con el evento aversivo de la sensación.

En estos casos sería preferible estimular al niño a alimentarse por sí mismo para que así tome los bocados a su propio ritmo y además ejercite habilidades básicas de auto-alimentación. La tarea del cuidador sería estimular a consumir el alimento y ayudar sólo cuando sea necesario. El permitir al niño interactuar libremente beneficia su desarrollo y autonomía pues poco a poco se hace capaz de alimentarse por sí mismo y posteriormente bastará con la supervisión del cuidador para que el niño se alimente correctamente.

En adición, también se ha encontrado que no solo la carencia de sensibilidad y estímulo al comportamiento del niño puede producir efectos negativos en el estado nutricional, puede ser igualmente perjudicial el responder inadecuadamente.

Cabe mencionar que la mayoría de las dificultades que suelen presentarse al momento de la alimentación pueden deberse a comportamientos dirigidos a mejorar el estado nutricional de los infantes aplicados de manera incorrecta. Para facilitar la alimentación los padres suelen recurrir a diversas estrategias que se encaminan a que sus hijos ingieran una cantidad apropiada de alimentos, sin embargo en general son incapaces generar una solución adecuada a largo plazo e incluso sus intentos llegan a ser contraproducentes (Piazza et al., 2003).

Ello indica que el comportamiento de los padres al momento de la alimentación funge como un factor influyente en la forma de consumo del niño, esto probablemente es aplicable no sólo para la cantidad que se consume sino también para la diversidad de alimentos ingeridos.

En estudios realizados por Moore et al. (2006) se ha encontrado que la mayoría de los padres recurre a la fuerza física, amenazas verbales y forzar la ingesta. Los efectos de tales conductas, aunque en apariencia son funcionales ya que incitan al niño a comer o a detener comportamientos considerados inadecuados al momento, a largo plazo se traducen en aversión hacia el contexto de alimentación, lo cual lógicamente tiene resultados negativos en relación al estado nutricional.

Otra de las estrategias utilizadas por los padres es desviar la atención hacia objetos ajenos a la alimentación con el fin de disminuir la resistencia del niño hacia el alimento, pero irónicamente éste comportamiento se ha mostrado como un predictor de un estado nutricional pobre.

Al contrario de lo que se cree, la orientación verbal y hablar sobre la comida funciona como un facilitador en relación a la alimentación; estudios señalan que hablar al niño acerca de las propiedades organolépticas y nutritivas del alimento probabilizan la ingesta del mismo (Birch, 1999). De hecho, comportamientos parecidos en cuanto a la interacción directa, como las alabanzas al niño, la interacción social, alentar al niño a comer después de un rechazo y la variación de los alimentos, se han presentado como predictores de un buen estado nutricional, a pesar de que en apariencia sean menos efectivos que las estrategias punitivas.

Como se mencionó en apartados anteriores, la predisposición genotípica implica la posibilidad de desarrollar la preferencia hacia un alimento con base en su asociación a consecuencias y situaciones. Sin embargo, también se comentó que las consecuencias no forzosamente se relacionan con las cualidades del alimento sino que también pueden ser independientes.

Esto abre la posibilidad de disponer el contexto de alimentación de forma que se refuerce el consumo de alimento. No obstante, la ausencia de este tipo de conocimientos por parte de los padres incita a que se realicen estrategias poco efectivas para mejorar la ingesta de alimentos.

Por ejemplo; es sabido que los cuidadores recompensan a sus hijos por comer por medio de dulces u otros alimentos preferidos, generalmente de bajo valor nutrimental, al respecto Birch (1999) ha demostrado que cuando un alimento es usado para recompensar es posible que aumente la preferencia por dicho alimento por asignarle la categoría de premio, condición que aumentará el deseo del niño por el mismo.

A la par de estos resultados, se observa que al ofrecer recompensas gratificantes por comer, el niño desarrolla cierto rechazo por consumir el alimento por el cual se le recompensa, que frecuentemente es el de mayores beneficios nutrimentales. La conducta de los padres puede deberse a que consideran beneficioso el restringir la ingesta de malos alimentos (azúcares, sales y grasas) pero, por desgracia se ha demostrado que los alimentos prohibidos resultan ser más atractivos debido, en parte, a la poca frecuencia de consumo.

Con esta información resulta recomendable: (1) cuidar que la exposición a ciertos alimentos no sea tan frecuente ya que se corre el riesgo generar poco agrado hacia el mismo; se obtienen mejores resultados de consumo cuando se realiza una variación constante de la comida en el transcurso de los días, y (2) asociar el consumo del alimento a situaciones agradables por las que no es necesario una recompensa.

Con base en los datos anteriores, que enfatizan la calidad de la interacción adulto infante como punto esencial para mejorar el estado nutricional, y considerando la ingesta de alimento como un comportamiento aprendido (al menos en forma) por diversos medios, principalmente a través de las respuestas brindadas por el cuidador, se vislumbra el hecho de que el desarrollo de habilidades como interpretar y responder a las necesidades del niño pueden mejorar las prácticas de alimentación (Piazza et al., 2003).

La desnutrición puede ser entendida como el resultado de un comportamiento inadecuado, aprendido por medio de una serie de asociaciones principalmente derivadas de la interacción con el cuidador del infante durante la

alimentación. Por lo que el entendimiento de las características funcionales en los problemas de alimentación puede ser de gran ayuda en el desarrollo de tratamientos que se enfoquen en la modificación de los factores que probabilizan el mantenimiento del problema.

Con base en las relaciones de contingencia y su influencia en el desarrollo de comportamientos adecuados e inadecuados para el consumo de los alimentos se hace presente la necesidad de tomar en consideración todas aquellas estrategias usadas por los cuidadores para motivar a sus hijos a comer. Pareciera que uno de los medios más viables para solucionar el problema de la desnutrición son los tratamientos basados en las consecuencias operantes que han demostrado ser efectivos para incrementar el consumo en niños con problemas de alimentación (Casey et al., 2006; Piazza et al., 2003).

En la investigación realizada por Casey et al., (2006), uno de los comportamientos que presentan los cuidadores que se ha identificado como relacionado con el incremento de la reacción de rechazo por parte de los menores es el permitir al niño escapar o evitar el alimento después de la negativa a comer. La terminación de la situación (remoción de la comida presentada) refuerza negativamente la conducta del niño, lo que probabiliza su ocurrencia. Esto trae como consecuencia que un componente importante para el tratamiento debe ser la no remoción del alimento si el niño no presenta ningún malestar evidente.

Para mejorar la ingesta, más que obligar al menor a comer, se puede hacer uso de otras estrategias derivadas del condicionamiento operante. Por ejemplo; una vez que logrado el consumo de alimento (aunque sea mínimo) resulta conveniente decir frases halagadoras que refieran la acción específica que se desea vuelva a repetirse. Igualmente para el refuerzo de la conducta de alimentación se puede hacer uso de miradas, sonrisas y gestos que indiquen agrado además de muestras afectivas, sin dejar de lado las expresiones verbales (reforzamiento social). Los resultados sugieren que el componente del reforzamiento positivo dentro de las intervenciones parece ser responsable del éxito del tratamiento.

Por otro lado, para evitar la presentación de conductas indeseables al momento de comer, la investigación señalan que resulta funcional el procedimiento de extinción; pues en ocasiones las conductas se ven reforzadas por la atención del cuidador. El ignorar estas conductas puede propiciar un decremento en su aparición, al menos a largo plazo (Piazza et al., 2003).

En relación a la influencia del estrés parental, de acuerdo a los reportes mencionados anteriormente de Bithoney et al. (1995): Dune et al. (2007), no se ha encontrado una relación directa con el estado nutricional dentro del ambiente físico, pero algunos estudios (Greer, Master & Laud y Ramsay citados en Cortés & Méndez, 2012) han relacionado el incremento de las puntuaciones de estrés, ansiedad y frustración en los padres con el hecho de que el niño no ingiera los alimentos brindados, dentro del ambiente comportamental.

Esto se explica por medio de una baja responsividad por parte del cuidador derivada de su condición. Una de las principales preocupaciones es que esta situación puede convertirse en un patrón conductual; la negativa a comer por parte del niño puede generar una situación de estrés para los padres, que exacerban su sentir por medio de comportamientos que pueden mermar el consumo, lo que a su vez ratifica el estado de los padres. El estrés facilita que el cuidador brinde menos atención al menor, se muestre impaciente, con poco entusiasmo y dirija un menor número de verbalizaciones (orientadas al alimento, propiedades organolépticas y conducta de niño), es decir, sea menos responsivo o responda de una forma inadecuada.

Estos reportes sugieren que un patrón interactivo puede fomentar el consumo de los alimentos, por lo que resulta importante enfocar una intervención dirigida hacia la modificación de patrones de crianza poniendo especial énfasis en la dimensión emocional y afectiva (Cortés & Méndez, 2012). En estos casos podría resultar recomendable que los cuidadores que no sientan la disposición para alimentar al menor deleguen esta actividad a otro familiar cercano. Otra opción sugiere que durante los momentos en que el cuidador se siente con un mejor ánimo, aproveche tal momento para alimentar al niño. Como

recomendación adicional se sugiere realizar otras actividades con el niño para estrechar los vínculos, crear espacios para la estimulación, fomentar el desarrollo de habilidades que propician un buen desarrollo y en especial, para desarrollar habilidades de receptividad y respuesta adecuada en conjunto.

Por último, las diferentes investigaciones abordadas (Birch, 1999; Casey et al., 2006; Cerro et al., 2002; Piazza et al., 2003; Ruel & Menon, 2002) remarcan la necesidad de intervenciones más completas que tomen en consideración que el fenómeno de la desnutrición es complejo y requiere múltiples esfuerzos en diversas áreas. Que dirija una aproximación preventiva centrada en intervenciones de nutrición temprana que puede ser más efectiva que la recuperación para reducir la desnutrición (previo a los 5 años). Pues alrededor de los primeros dos años de edad se presenta la mejor oportunidad para intervenciones nutricionales, ya que se muestra como un punto crítico, pues no sólo es el de mayor riesgo y vulnerabilidad de daño irreversible físico y mental, sino también, el de mayor beneficio en intervenciones de nutrición (Ruel et al., 2008). Y que se enfoque principalmente en proporcionar apoyo a los cuidadores desde otro enfoque, pues como se ha hecho mención, la desnutrición atiende a diversos factores por lo que existen aspectos que pueden ser retomados para lograr la mejora nutricia de los infantes, Como menciona Casey et al. (2006) puede ser de gran ayuda el entrenar a los padres (o cuidador) en estrategias que faciliten el consumo de los menores, lo que probabiliza el éxito del tratamiento a largo plazo a diferencia de programas que se centran únicamente en los factores inmediatos.

Las estrategias dirigidas a combatir la desnutrición no solo deberán centrarse en la identificación de características de dietas correctas en relación al contenido nutrimental, las condiciones biológicas, socio-demográficas, culturales, ambientales, la historia del niño o incluso la disponibilidad de alimentos, etc. en solitario. Deben contemplar que todos estos son factores que deben ser modificados en conjunción. Además es importante contemplar las características tanto contextuales, como ambientales y comportamentales (qué, cómo, cuándo y dónde se proporciona el alimento, etc.) (Cortés et al., 2008).

Estudios (Aboud & Alemu, 1995; Black & Creed-Kanashiro, 2012; Cortés et al., 2004; Moore et al., 2006; Ortiz-Andrellucchi et al., 2006; Pollit et al., 1996) han señalado que las variables psicosociales incluso pueden resultar más importantes que las económico-sociales en la explicación del estado del niño, principalmente debido a que la interacción madre-hijo y los estilos de comportamiento de los padres pueden explicar los procesos conductuales de higiene, diversidad de la dieta y estimulación que recibe el menor. De manera que las variables relacionadas con la interacción madre-hijo vienen a conformar un eje fundamental para la comprensión de la salud, la nutrición y el desarrollo del niño.

Efectos de la desnutrición

Abordar el problema de la desnutrición resulta fundamental pues su presencia tiene una serie de consecuencias negativas en distintos ámbitos. Pero antes de enfocarnos hacia cada uno de ellos, resulta conveniente definir cómo se clasifica la desnutrición.

En principio contamos con dos vértices; por un lado el referido al grado de desnutrición y por el otro el referido al tipo de desnutrición. Para el primero, McLaren (citado en Ortiz-Andrellucchi et al., 2006) realizó la siguiente clasificación de acuerdo con el porcentaje de la pérdida de peso que considera talla y edad: en la “desnutrición leve” se mantiene un peso entre el 85 y 90% del ideal, en la “desnutrición moderada” entre el 85 y 75% y en la “severa” un peso inferior al 75% del ideal. En referencia al tipo de desnutrición encontramos tres indicadores; peso para la edad (mide la desnutrición global), talla para la edad (refleja la desnutrición crónica, baja estatura como producto de una carencia prolongada de nutrimentos esenciales) y peso para la talla (mide una desnutrición aguda. En conjunto, con estas categorizaciones podemos no sólo definir si un individuo presenta desnutrición o no, sino también algunos rasgos de la misma.

Respecto a los efectos de la desnutrición podemos decir que impacta de manera importante en el desarrollo físico, psicológico y comportamental del niño (Moore et al., 2006). Y aunque estos efectos se hacen más graves en presencia

de desnutrición crónica, los menores que presentan este problema de salud padecen consecuencias a diferentes escalas (Kanarek y Marke Kaufman, citados en Cortés et al., 2004). Como lo mencionan Aboud y Alemu (1995) incluso una desnutrición leve o moderada puede afectar el desarrollo mental en los niños de corta edad. De hecho, no solo es importante el grado de desnutrición sino también la edad en que se desarrolla este padecimiento.

Es importante reconocer que los efectos de la desnutrición se valoran a corto y largo plazo, en primer momento (gestación a los dos primeros años de edad) aparecen enfermedades diarreicas, deshidratación, depresión de la inmunidad, infecciones y pérdida de peso. Si la desnutrición continua aparecerán déficit de talla y déficit intelectual (Barret y Radke-Yarrow; Chavez, Martínez, Guarneros, Allen y Peltó, citados en Cortés et al., 2004).

Las consecuencias en el plano físico contemplan cambios estructurales y bioquímicos en el sistema nervioso central donde el mayor impacto lo sufre el cerebro del niño; durante los primeros dos años el cerebro se desarrolla alcanzando el 70% del peso que tendrá en la etapa adulta, en el niño con desnutrición grave no sólo presenta un menor crecimiento cerebral sino que además presenta atrofia en el desarrollo neuronal. Se advierte que pueden alterar el funcionamiento y limitar las capacidades de aprendizaje. Estos efectos pueden ser más pronunciados en los primeros dos años de vida, durante el periodo de mayor desarrollo cerebral postnatal, lo que coincide con la introducción de alimentos sólidos a la alimentación del infante y el destete (Casey et al., 2006).

También se retrasa el crecimiento y desarrollo del niño, esto se manifiesta en un déficit en el peso y la talla, disminución de la respuesta inmune, aumento en la morbilidad y mortalidad, y disminución del desempeño físico. Incluso, se considera que si los daños son severos durante los primeros dos años de vida es posible que los niños nunca alcancen una talla normal a pesar de lograr mejorías por medio de una buena alimentación (Ortiz-Andrellucchi et al., 2006).

Los efectos sobre el comportamiento son variados; se presentan como irritabilidad, apatía, llanto monótono, falta de atención, de exploración y responsividad social, tolerancia reducida a la frustración, falta de iniciativa y de independencia, disminución prolongada en el desarrollo lingüístico y educativo (Chávez, Madrigal, Villa, & Guarneros, 2003). Se añade el retraso en conductas adaptativas como caminar, deambulación, disminución de conductas sociales, indiferencia al medio, timidez y deficiencia en respuesta a estímulos (Cortés et al., 2008). Estos datos concuerdan con los resultados de una investigación realizada por Graves (1978) donde se observaron las interacciones madre-hijo en una situación de juego. Se encontró que los niños malnutridos presentaron bajos niveles de conducta exploratoria y de juego así como una menor interacción en comparación con niños con normo-peso, además pasaron más tiempo en brazos de sus madres, siguieron menos instrucciones y fueron menos responsivos. Estos resultados ponen de manifiesto que las principales características del niño desnutrido son la poca disposición a la estimulación y la interacción deficiente.

Dentro del plano psicológico, en una investigación realizada por Cortés et al. (2004) se puede observar como la desnutrición puede afectar incluso indirectamente el desarrollo mental del infante. La explicación señala que un bajo consumo de alimentos; limita la actividad física, además la apariencia del infante desnutrido induce a menor contacto con su cuidador lo que reduce las probabilidades de explorar el medio provocando que las habilidades motoras, sociales y de aprendizaje no alcancen los niveles óptimos por una falta de estimulación. La presencia prolongada de estos patrones puede ocasionar que el niño no desarrolle de manera eficaz las competencias necesarias para las demandas del medio. Además, el infante puede presentar bajo Coeficiente Intelectual (CI), desarrollo del lenguaje tardío, disminución en el desempeño intelectual y tensión emocional (Cortés et al., 2008).

Se puede considerar que la relación entre desnutrición y menor estimulación se encuentra encadenada: los niños que presentan algún grado de desnutrición son menos activos, juegan y manipulan objetos por sí mismos en menor medida, lo que podría conllevar a poca interacción verbal con la madre o

cuidador y por tanto a un desarrollo insuficiente por una estimulación pobre. Este dato es de especial relevancia pues se ha encontrado que la madre es la principal fuente de interacción social que el niño puede encontrar, si la interacción verbal entre la diada es poca o nula es probable que el menor responda de la misma forma al medio, es decir, dado que no recibe estimulación verbal suficiente difícilmente mostrará sensibilidad ante dicha conducta y mucho menos desarrollará a su máximo potencial tal habilidad, lo que puede dificultar su desarrollo, pues la posibilidad de expresar sus gustos y disgustos puede mostrarse reducida.

Finalmente los efectos de la desnutrición se ven reflejados tanto en salud, educación y productividad, esto la convierten en uno de los principales mecanismos de transmisión intergeneracional de la pobreza y la desigualdad social.

Como se ha mencionado, las causas inmediatas de la desnutrición incluyen, la incidencia de enfermedades infecciosas, condiciones sociodemográficas inadecuadas, la alimentación inadecuada en cantidad o calidad y las prácticas de alimentación poco adecuadas por parte de las madres o cuidadores responsables del menor.

Existe evidencia sobre intervenciones específicas que han arrojado efectividad ante la problemática, sin embargo estas intervenciones no son suficientes para la erradicación de desnutrición, pues no basta con la distribución de suplementos alimenticios, acción que a largo plazo resulta costosa y poco efectiva.

Principalmente porque la desnutrición infantil tiene un origen multicausal resulta fundamental el desarrollo de programas que contemplen a la problemática desde una visión integral y de largo plazo. Es prioritario focalizar las intervenciones hacia la población menor de tres años, pues los estudios sitúan que es en este rango de edad cuando los menores se encuentran en momentos críticos de vulnerabilidad nutricional.

Un aspecto que promete mejorar los programas de nutrición, es el referente a la promoción de las prácticas alimentarias adecuadas llevadas a cabo dentro de un contexto de alimentación responsable. Enseñar qué, cuándo y cómo deben comer los niños es un aspecto que puede ser susceptible de modificación. Así cabe preguntarse sí ¿puede mejorar el consumo infantil mediante la modificación de los patrones de interacción adulto-infante durante la alimentación?

En este orden de ideas, el objetivo de la presente investigación consistió en diseñar un programa para la modificación de patrones de interacción cuidador-infante durante la alimentación que se asocian con un estado nutricional pobre y evaluar su efectividad en una muestra de 4 díadas. Para ello se diseñó un programa para promover la ejecución de conductas consideradas promotoras de consumo y disminuir las conductas que lo obstaculizan, posteriormente se midió su efectividad. De acuerdo con los antecedentes revisados se esperaba que: 1) en las díadas donde el niño presenta un grado de desnutrición, los cuidadores muestren conductas que obstaculicen el consumo del niño; 2) la modificación de la conducta materna inapropiada hacia una conducta sensible y oportuna promueva el consumo alimentario del menor y, 3) si incrementa el consumo alimentario del menor, este mostrará un impacto en el peso y la talla del infante.

MÉTODO

Diseño.

Se empleó un diseño cuasi- experimental N = 1 A-B-C con seguimiento (Diseño de grupo único con línea base, medidas pre y post tratamiento. Se tomaron registros de línea base (A) que permitieron analizar la tendencia y variabilidad de la conducta. Se aplicó la intervención y nuevamente se tomaron los registros sobre la misma conducta (B), (Hernández, Fernández, & Baptista, 1991).

Participantes.

Participó en el estudio una muestra no probabilística seleccionada por conveniencia de 5 díadas cuidador–niño convocada por el “Hospital Municipal Bicentenario” del Instituto de Salud del Estado de México ubicado al centro del municipio de Huixquilucan de Degollado. Por muerte experimental de una diada, la muestra final quedó conformada 3 niños, 1 niña y sus respectivos cuidadores.

Se definieron como criterios de inclusión: la edad de los infantes, que osciló entre los seis y veinte meses de edad; haber iniciado con la alimentación complementaria y padecer desnutrición leve o moderada no derivada de un problema metabólico o de absorción intestinal.

La edad promedio de los infantes fue de 15.75 meses; 75% mostraba una insuficiencia ponderal grave y 25% insuficiencia ponderal leve. La edad de las cuidadoras osciló entre los 20 y los 42 años, con un promedio de 32.2 años.

Aparatos y materiales.

Para obtener los índices antropométricos se emplearon una báscula digital pesa-bebes y pesa-personas con precisión de 100 gramos marca *Tanita*, modelo 1582

y un infantómetro de plástico marca *seca*, modelo 210, montado sobre una mesa. Para pesar los alimentos se usó una báscula digital marca *Taj*.

Los datos sociodemográficos de los participantes se obtuvieron por medio de cuestionarios impresos.

Para el registro de las interacciones se emplearon cámaras de videograbación digitales con señal análoga y para el análisis de los videos se usó una computadora de escritorio con el software especializado para el análisis observacional *The Observer Video-Pro, versión 4.1* (Noldus, 2002).

Para realizar las presentaciones y brindar retroalimentación a los cuidadores se trabajó con una computadora personal con programación para reproducir videos digitales con controladores de imagen y tiempo, además se utilizó el software *Microsoft Office PowerPoint 2010*.

Instrumentos y medidas.

Cuestionario de datos sociodemográficos y prácticas de salud.

Este cuestionario permite recabar información general de la díada: edad en meses del niño, historia de salud y de alimentación, estructura familiar y escolaridad de los padres; indaga sobre el tipo de servicio médico al que asisten, tipo de agua que consumen e historia clínica de la familia. El cuestionario incluye preguntas abiertas y preguntas que pueden ser contestadas atendiendo las siguientes categorías: muy bueno, bueno, regular, malo y muy malo.

Cuestionario sobre Práctica Responsiva y Estimulación (CuPRE).

El cuestionario se diseñó como una herramienta para detectar la sensibilidad y efectividad del cuidador para satisfacer las necesidades básicas (físicas y psicológicas) del niño. Tiene la finalidad de proveer datos de la estructuración del ambiente físico y social que rodea al niño y de las fuentes de información a las que los cuidadores recurren para tomar decisiones sobre la forma de satisfacer las necesidades del menor. El cuestionario fue elaborado y

validado por Cortés, Romero y Flores (2006) en una muestra de 242 cuidadores principales de niños entre 7 y 36 meses de edad. La versión cuenta con 23 reactivos con cinco opciones de respuesta de recorrido de “siempre” a “nunca”; la confiabilidad del cuestionario se obtuvo a través del Coeficiente Alfa de Cronbach. El índice de confiabilidad obtenido indica una buena consistencia interna (alfa=0.83, con correlaciones entre los reactivos entre 0.26 y 0.61). Las preguntas del instrumento permiten obtener información sobre la detección y satisfacción de necesidades básicas del niño en cinco áreas principales; estimulación a partir del juego, práctica responsiva, promoción de competencias, responsabilidad y disposición. La puntuación total representa un indicador del estilo de crianza siendo el puntaje más alto el que refleja la práctica más responsiva.

Índice de Estrés Parental (IEP) modificado.

El instrumento original proporciona una medida de malestar de las madres relacionado con la labor de crianza: a mayor puntuación obtenida, indica mayor malestar (Abidin, 1995). Comprende tres dimensiones: a) Características del niño; b) características de la madre, y c) estresores de vida. Las dos primeras dimensiones están construidas como escala tipo Likert y se componen de las siguientes subescalas: 1) dimensión del niño: adaptabilidad, aceptabilidad, demanda, humor, distractibilidad y reforzamiento de los progenitores, y 2) dimensión de los progenitores: depresión, apego, restricción del rol, sentido de competencia, aislamiento social, relación con el cónyuge y salud parental.

Se empleó la versión de Montiel y Vera de 1998 pero con la adaptación realizada por Cortés y Méndez (2012) en referencia al léxico para los niños del centro de México. Se compone de 38 reactivos de la dimensión del hijo, 35 de la dimensión del padre y 21 de estresores relacionados con eventos vitales.

Para este estudio se retomaron sólo 11 reactivos con cinco opciones de respuesta de “siempre” a “nunca”. Estos avaluaron cómo se percibe a sí mismo el cuidador, cómo se percibe la forma en que se interactúa con el menor y cómo se percibe al menor. Los ítems fueron los siguientes:

- 1.- Mi hijo es tan activo que me cansa.
- 2.- Comparado con otros niños mi hijo tiene más dificultades para concentrarse y poner atención en lo que está haciendo o en lo que se le pide.
- 3.- Mi hijo es mucho más activo que otros niños (es inquieto).
- 4.- Mi hijos hace cosas que me hacen sentir orgullosa de él.
- 5.- Cuando mi hijo juega casi no se ríe (es seco).
- 6.- Mi hijo aprende más lento que otros niños.
- 7.- Mi hijo es capaz de hacer las cosas que yo espero de él.
- 8.- Yo me siento capaz de cuidar y controlar a mi hijo.
- 9.- Conforme mi hijo ha crecido y es más independiente, me preocupa más que se lastime o se meta en problemas.
- 10.- Es fácil para mi entender lo que quiere o necesita mi hijo.
- 11.- Cuando pienso en mi comportamiento como madre me siento mal e inconforme.

Percentiles de Estatura por edad y Peso por edad.

Graficas que indican el estado nutricio para niños y niñas de 0 a 36 meses de edad desarrollados por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud, publicado el 30 de mayo del 2000 y modificado el 20 de abril del 2001.

Categorías

El sistema de categorías para el análisis de las video-grabaciones se basa en el sistema presentado por Cortés, Romero, Hernández y Hernández (2004) con la adición de la dimensión *afectos*. El sistema comprende tres dimensiones de conducta que permiten identificar comportamientos del adulto e infante que influyen en el estado nutricio del menor:

Presentación/consumo: La dimensión describe los comportamientos no verbales realizados por ambos miembros de la díada que se relacionan con el consumo del alimento (tabla 1). Se buscó registrar las estrategias presentadas por la cuidadora dirigidas a lograr que el niño(a) consumiera los alimentos presentados y el grado de independencia de éste para realizar dicha actividad.

Tabla 1. Categorías de interacción presentación/consumo

Cuidador	Niño
<i>Boca sólido</i> ; El cuidador(a) toma el alimento con cubierto o con la mano y lo coloca en la boca del niño.	<i>Sí mismo líquido</i> ; El niño bebe por sí mismo tomando la bebida con un utensilio y llevándola a la boca sin asistencia del cuidador.
<i>Boca líquido</i> ; El cuidador toma el recipiente con líquido y lo pone en la boca del niño para que pueda beber.	<i>Sí mismo sólido</i> ; El niño come por sí mismo tomando el alimento con un utensilio o con la mano y llevándolo a la boca sin asistencia del cuidador.
<i>Cambia</i> ; El cuidador retira la comida que está al frente del niño y la sustituye por otra.	<i>Acepta líquido</i> ; El niño toma la bebida después de que el cuidador la coloca en o cerca de la boca.
<i>Llamar atención</i> ; El cuidador dirige la atención del niño hacia el alimento (ej. moviendo la cuchara).	<i>Acepta sólido</i> ; El niño consume el alimento después de que el cuidador lo coloca en o cerca de la boca.
<i>Interrumpir</i> ; El cuidador impide que el niño se lleve por sí mismo el alimento a la boca.	<i>Pide</i> ; El niño solicita algún alimento nombrándolo o señalándolo.
<i>Observar</i> ; El cuidador dirige la mirada constante y continuamente hacia el niño por más de tres segundos sin realizar otra actividad.	<i>Se distrae</i> ; El niño fija su atención en aspectos ajenos a la alimentación por más de tres segundos (no interactúa con el cuidador ni consume el alimento).
<i>Retracta</i> ; El cuidador aleja del frente del niño el alimento que sostiene con el cubierto o con la mano.	<i>No consumo pasivo</i> ; El niño no consume el alimento o lo mantiene dentro de la boca por más de tres segundos sin masticación evidente.
<i>Otras</i> ; El cuidador realiza conductas ajenas al contexto de alimentación.	<i>Otras</i> ; El niño realiza conductas ajenas al contexto de alimentación.
<i>Preparar</i> ; El cuidador dispone de las condiciones necesarias para que el menor pueda alimentarse sin dificultad (ej. brindando al niño cubiertos, acercándole los alimentos, cortando la comida en trozos, pelando frutas, etc.).	<i>Negativa</i> ; El niño se rechaza a consumir el alimento no abriendo la boca, cerrándola, tapándola con la mano, girando la cabeza, retirando la mano del cuidador cuando este coloca el alimento o bebida en su boca o cerca de ella o expulsando el alimento una vez que ha estado dentro de la boca.

Vocalizaciones: las categorías de esta dimensión describen el contenido de las expresiones vocales de ambos miembros de la díada al otro miembro de la díada, a sí mismo o a otros aspectos del ambiente.

Tabla 2. *Categorías de interacción verbalización para el adulto y el infante*

Cuidador	Niño
<i>Sobre el alimento;</i> El cuidador habla acerca del alimento que va a consumir el niño o dice su nombre.	<i>Sobre alimentos;</i> El niño habla aludiendo a los alimentos que tiene frente a él o que va a consumir o menciona sus nombres.
<i>Propiedades organolépticas;</i> El cuidador habla haciendo referencia a las propiedades de sabor, olor, color, textura de los alimentos o acerca de los posibles beneficios de consumirlos.	<i>Más alimentos;</i> El niño solicita una cantidad adicional de alimentos mediante señalamientos o gesticulaciones en relación al alimento o mediante expresiones dirigidas al cuidador (ej. “más”, “quiero”, etc.).
<i>Sobre conducta;</i> El cuidador le da indicaciones al niño(a) o hace referencia a su conducta con relación al consumo de los alimentos.	<i>Otros alimentos;</i> El niño nombra alimentos que no están a la vista o los solicita al cuidador explícitamente.
<i>Otro tema;</i> El cuidador habla sobre temas ajenos a la alimentación.	<i>Llanto;</i> El niño llora durante un periodo mayor a tres segundos.
<i>Otras vocalizaciones;</i> El cuidador emite vocalizaciones como tos, risa, estornudos o no es posible identificar lo que dice.	<i>Disgustos;</i> El niño expresa verbalmente rechazo a un alimento o situación con vocalizaciones onomatopéyicas, palabras aisladas o expresiones más complejas.
<i>No vocalización;</i> El cuidador guarda un silencio prolongado mayor a tres segundos de duración.	<i>Gustos;</i> El niño expresa verbalmente la preferencia por un alimento con vocalizaciones onomatopéyicas, palabras aisladas o expresiones más complejas (ej. “mmm”, “gusta”, “sabe rico”, etc.).
	<i>No vocalización;</i> El niño no emite ningún tipo de vocalización por un periodo mayor a 3 segundos.
	<i>Otras vocalizaciones.</i> El niño emite vocalizaciones como risa, tos, estornudos, etc. o habla acerca de aspectos ajenos a la alimentación.

Afectos: las categorías refieren a la disposición tanto del cuidador como del niño(a) para participar en la actividad de la alimentación evidenciada por su comportamiento. Se consideran indicadores como el volumen de la voz, la forma de interacción, las vocalizaciones y las gesticulaciones.

Tabla 3. *Categorías de interacción verbalización para el adulto y el infante*

Cuidador	Niño
<i>Positivo</i> ; El cuidador expresa verbalmente su complacencia con la situación o con el niño, muestra una expresión facial de satisfacción (sonriendo), ríe en ocasiones y/o acaricia al niño como muestra de cariño.	<i>Agrado</i> ; El niño muestra satisfacción por la situación expresándolo verbalmente, sonriendo y/o riendo.
<i>Impaciencia</i> ; El cuidador muestra una expresión facial de enojo (frunciendo el entrecejo, tensando la cara), alza la voz, fuerza al niño a consumir el alimento tratando de evitar su movimiento (generando malestar evidente) y/o expresa verbalmente disgusto por el comportamiento del niño o la situación.	<i>Desagrado</i> ; El niño muestra insatisfacción por la situación expresándolo verbalmente, llorando o gimiendo, tratando de escapar y/o golpeando.
<i>Tranquila</i> ; El cuidador no muestra expresión facial de enojo o satisfacción, se mantiene serio ante la situación, mantiene un tono de voz constante y no expresa verbalmente agrado ni desagrado.	<i>Sereno</i> ; El niño se muestra apacible ante la situación sin expresiones de agrado o desagrado.

Escenarios.

Las pláticas así como la convocatoria de los participantes se realizaron tanto en la sala de espera como en un consultorio del “Hospital Municipal Bicentenario”.

Los registros de video y la intervención se llevaron a cabo en la cocina o comedor de la vivienda de los participantes dependiendo del lugar donde comían habitualmente.

Procedimiento:

La intervención constó de 14 sesiones por díada. Estas se dividieron en tres fases con diferentes duraciones.

La fase 1 atendió a dos objetivos; la selección de los participantes y la evaluación. Incluye la convocatoria de los participantes, la compilación de datos particulares y el registro de línea base mediante videograbaciones en casa.

La fase 2 contempló la intervención; el empleo de diversas estrategias con el fin de modificar el comportamiento de los cuidadores para facilitar el consumo de los infantes y con ello mejorar su estado nutricional. Esta fase incluye; brindar información a los cuidadores sobre el estado nutricional y la desnutrición, mostrar cómo se estima el riesgo de desnutrición, enseñar estrategias para facilitar el consumo alimentario de los niños y ensayo conductual con retroalimentación.

La fase 3 tuvo por objetivo dar seguimiento a la intervención y obtener registro en video de las variaciones comportamentales halladas después de la intervención.

Tabla 4. *Esquema de la intervención.*

	Actividad:	Sesión:
Fase 1	Convocatoria	1 y 2
	Evaluación	3 y 4
	Línea base	5, 6 y 7
Fase 2	Psicoeducación 1	8
	Psicoeducación 2	9
	Organización del contexto y manejo de contingencias 1	10 y 11
	Organización del contexto y manejo de consistencias 2	12
Fase 3	Seguimiento	13 y 14

Fase 1

La convocatoria se realizó con ayuda del personal de nutriología del Hospital Municipal Bicentenario, se contactó a cuidadores de niños que cumplieran con los requisitos de selección del proyecto y se les invitó a asistir a una plática cuyo objetivo fue informar acerca de la desnutrición en infantes y sus consecuencias para el desarrollo futuro. Al finalizar, se invitó a los padres de familia a conocer los parámetros antropométricos de sus hijos con el fin de determinar su estado nutricional. Las medidas las tomó un grupo de psicólogos entrenados en el uso del equipo, materiales e instrumentos.

Para obtener el peso de los menores, se colocó una báscula sobre la superficie plana de una mesa, horizontal y firmemente. Se solicitó a los cuidadores que dejaran al niño con ropa ligera (sin zapatos, chamarras o cualquier vestimenta que pudiera afectar la medición) y lo pusieran sobre la báscula. Una vez que el niño se sentaba en el centro de la canastilla y su posición era estable se procedía al registro del peso.

Para el registro de la estatura, se posicionó el infantómetro sobre la superficie plana de una mesa con espacio suficiente para que el niño pudiera recostarse fácilmente. Se colocaba a los niños uno por uno sobre la esterilla métrica hasta que su cabeza tocara el “tope de cabeza”, Con la mano derecha se recorrió el “tope de pie” (plancha pódica) en dirección a los pies del niño(a) mientras la mano izquierda lo sujetaba, al tiempo que se le estiraban las piernas presionando suavemente sus rodillas contra la esterilla. Con la mano derecha se ajustó el “tope de pie” en ángulo recto contra los talones de los pies del infante. Manteniendo esa posición, se leía la longitud del cuerpo en la graduación del fondo de la esterilla métrica y se procedía al registro.

Por último, los datos de peso y talla se analizaban con la ayuda de los *Percentiles de Estatura por edad y Peso por edad* para así determinar el estado nutricional de los infantes. Se mostraban los registros gráficos a los padres para que pudieran identificar el estado nutricional de sus hijos en comparación con la medida de la población. A los cuidadores de niños que presentaran algún grado de

desnutrición se les explicó que el propósito del proyecto era disminuir el riesgo de presentar desnutrición y se les presentó brevemente su contenido. Posteriormente se les invitó a participar en el proyecto y se fijó una nueva cita.

Para la evaluación, al principio se entregó a los cuidadores una hoja de consentimiento informado y se les leyó completamente para que estuvieran enterados de sus derechos y responsabilidades al participar en el proyecto. De estar de acuerdo con lo expuesto, se les pedía que firmaran dos hojas; una para ellos y otra para los investigadores.

A continuación se procedió a la aplicación personalizada de los cuestionarios; *Cuestionario de datos sociodemográficos y prácticas de salud, el Cuestionario sobre Práctica Responsiva y Estimulación, y el Índice de Estrés Parental modificado*. Para ello se leyó a los participantes cada uno de los ítems de los instrumentos mientras los investigadores anotaban sus respuestas. Para facilitar que los participantes respondieran se les entregaba una hoja con los incisos de escala tipo Likert. La aplicación de los cuestionarios, por lo general, se realizó en más de una sesión debido a su extensión.

Para establecer la línea base, una vez que se brindó información, se explicó la finalidad del estudio y con el consentimiento de los adultos participantes, se acordó realizar tres visitas a casa para registrar las interacciones del cuidador-niño durante el periodo de alimentación en la forma en que ocurría habitualmente, principalmente con dos propósitos; 1) la información recabada sería la base para posteriormente hacer una comparación luego de la intervención y 2) realizar observaciones que permitiesen una intervención individualizada, centrada en el comportamiento específico de cada día. Se pidió a los participantes que actuaran como cotidianamente lo hacían, tratando de ignorar la presencia de los investigadores. El registro comenzaba en el momento en que el cuidador disponía de la situación para que el niño comiera, sentándolo en el lugar en el que regularmente comen y/o sirviendo el alimento, y terminaba cuando el cuidador daba por concluida la actividad. El tiempo de registro varió de ocho a cuarenta minutos aproximadamente, de acuerdo al tiempo que los participantes le

asignaron a la actividad. Durante dos sesiones se registró peso y talla de los niños siguiendo el procedimiento descrito anteriormente y se registró el peso de los alimentos antes y después de la alimentación.

Cabe señalar que el procedimiento de la fase 1 fue exactamente el mismo que se realizó para todas las diadas participantes, igualmente los tiempos en que se realizaron las actividades no presentaron variación entre una y otra diada.

Fase 2

Psicoeducación 1: Luego de la toma de registros en video para la línea base, se realizaron visitas a la casa de los participantes con el propósito de exponer, mediante presentaciones en PowerPoint, más detalladamente el tema de la desnutrición. Debido a la disposición de tiempo de los participantes, las sesiones se dieron en diferentes momentos para cada diada, podían variar entre semanas, un mes o incluso dos meses, para poder realizar la sesión correspondiente. Sin embargo el contenido de la exposición fue el mismo para todas las diadas. (Para obtener una mayor descripción de las sesiones ver anexo 1).

En general la exposición buscaba ser práctica e interactiva para propiciar la participación activa del cuidador invitándolo a contarnos sus experiencias personales y sus creencias acerca de los temas presentados. Para psicoeducación 1 se expusieron los siguientes tópicos:

- *Estado nutricional*; se explicó el concepto de una nutrición adecuada, las causas que propician la presencia de un estado nutricional inadecuado, los tipos de desnutrición y los diversos factores, que en conjunto, facilitan o dificultan la presencia de desnutrición.
- *Identificación del estado nutricional*: aquí se mostró la forma en que se puede identificar el estado nutricional de un infante, por medio de la toma de medidas antropométricas realizada correcta y continuamente. Y la identificación del estado nutricional con la ayuda de las curvas de crecimiento.

- *Alimentación*: en este apartado se expusieron los temas ligados a cómo tener una alimentación adecuada (suficiente y balanceada). La importancia de los nutrimentos, su función en el cuerpo, la relación entre su deficiencia y malestares o enfermedades. Además se abordó la importancia de contemplar las etapas en la alimentación, en las cuales las necesidades nutrimentales son diferentes.
- *Hábitos alimentarios*: se abordaron temas sobre la relación entre los hábitos alimentarios y la disponibilidad de alimentos, el acceso a ellos, condicionamientos biológicos, la experiencia de consumo, tradiciones y creencias, publicidad y modas, las prácticas de crianza, el valor asignado a los alimentos y la neofobia.
- *Consumo*: aquí se puso énfasis principalmente a las acciones que pueden realizarse al momento de la alimentación para probabilizar su consumo.

Después de la presentación, se enseñó a los cuidadores el manejo de los *Percentiles de Estatura por edad y Peso por edad* para que ellos mismos identificaran el estado nutricional de sus niños y establecieran metas de recuperación y control. Para ello se comenzó por exponer la forma correcta de tomar las medidas del menor (peso y talla) descritas anteriormente. Una vez mostrado, se explicó la importancia de cuidar que el procedimiento se realizara correctamente pues una mala toma de medidas deriva en la estimación errónea del crecimiento del menor. Se pidió a los cuidadores graficaran el peso y talla de sus niños e identificaran su estado nutricional así como la distancia entre éste y su peso y talla ideales. Finalmente, se les sugirió que registraran el avance de los menores periódicamente para identificar posibles factores que afectaran su estado nutricional. Se les preguntó acerca de sus dudas acerca del procedimiento o lo expuesto y al resolverlas (de haber habido) se dio por terminada la sesión.

Para psicoeducación 2 la sesión se dedicó principalmente a brindar principios prácticos que podrían ser utilizados por los cuidadores para mejorar el estado nutricional de los infantes. Principalmente se dirigió a dos campos, por un lado la

forma en que se dispone la situación de alimentación y por el otro la forma en que nos comportamos al momento de alimentar al niño(a). Los temas tratados para psicoeducación 2 fueron (ver anexo 2):

- Predisposición genética: Explicamos que el consumo de los alimentos puede encontrarse regulado por las predisposiciones genéticas, que se expresan básicamente en tres principios; la preferencia innata por ciertos alimentos, la tendencia a rechazar alimentos con los que no tenemos experiencia de consumo y la posibilidad de modificar patrones de consumo por medio de su asociación con situaciones o experiencias.
- Disposición de la situación: La exposición verso sobre los alimentos que se habrían de consumir, cuándo se habrían de consumir, cómo se han de consumir y dónde se han de consumir. Además, se sugirieron algunas formas en las que se podía disponer el alimento para que sea consumido.
- Interacciones: En esta sección se dieron múltiples sugerencias acerca de los comportamientos que se han asociado con el consumo de los alimentos. Las sugerencias se dirigieron a tres aspectos; presentación/consumo, vocalizaciones y afectos. También, se habló acerca de la forma en que los cuidadores pueden propiciar el consumo de los alimentos por medio del manejo de contingencias, la presentación de modelos, la asociación con otros alimentos (previamente aceptados), la introducción paulatina de nuevos alimentos, respondiendo a las vocalizaciones y acciones del niño en todo momento posible, incitando al niño a interactuar, etc.
- Principios de una dieta correcta: se explicó que esta debe ser suficiente, completa, equilibrada, adecuada, variada e inocua.

Para la organización del contexto y manejo de las contingencias 1 se realizó una revisión de los registros en video tomados durante la línea base de cada una de las díadas con el fin de brindar retroalimentación individualizada. Una vez que

los investigadores identificaron los comportamientos que realizaba el cuidador, se procedió a brindarle retroalimentación especificándole cuáles de sus comportamientos se consideran promotores de un estado nutricional adecuado, cuales propician la desnutrición y se le sugirieron acciones alternativas que pudieran significar una mejora para la ingesta de alimento del infante. Además, se le hicieron nuevamente sugerencias acerca de la disposición de la situación de alimentación. Al finalizar la exposición se le preguntó acerca de dudas y comentarios, en caso de presentarse se ahondaba en el tema, de no ser así se daba por terminada la sesión. Cabe señalar que durante esta sesión se mantuvo el mismo contenido para todos los participantes, pero se dio una retroalimentación individualizada a cada diada con base en las observaciones realizadas previamente (ver anexo 3).

Durante la organización del contexto y manejo de contingencias 2, nuevamente se visitó el hogar de cada una de las díadas para realizar una retroalimentación *in situ*. Para ello se efectuó un registro en video durante el momento de la alimentación, inmediatamente después la terminación de la situación de alimentación se brindó retroalimentación por medio del video recién grabado; al momento de revisarlo se indicaba al cuidador cuáles de sus comportamientos se consideran promotores de un estado nutricional adecuado, cuales propician la desnutrición y se le sugirieron acciones alternativas que pudieran significar una mejora para la ingesta de alimento del infante. Nuevamente se comentó a los cuidadores la importancia de disponer la situación de alimentación para propiciar el consumo del infante. Al terminar con la revisión del video se les preguntó acerca de dudas y comentarios, en caso de presentarse se ahondaba en el tema, de no ser así se daba por terminada la sesión. Finalmente, se comentó a los cuidadores que la próxima visita a su hogar sería para dar seguimiento a la intervención y se le agradeció por el empeño mostrado durante las sesiones (ver anexo 4).

Fase 3

En el seguimiento se realizaron dos visitas a la casa de los participantes para llevar a cabo el seguimiento, la primera fue aproximadamente dos meses después de haber realizado la sesión de organización del contexto y manejo de contingencias 2, y la segunda a los tres meses; nuevamente se videograbó la interacción de la díada durante la alimentación, se tomó registro del peso y talla del niño y de la cantidad de alimento ingerido. Además, se aplicó nuevamente el *Cuestionario sobre Práctica Responsiva y Estimulación*, y el *Índice de Estrés Parental* modificado.

Análisis de resultados.

La información recolectada se organizó para formar perfiles descriptivos de las características asociadas al estado nutricional antes y después de la intervención:

El *Cuestionario de datos sociodemográficos y prácticas de salud* fue utilizado para brindar estadística descriptiva para caracterizar a los participantes. El *CuPRE* se analizó por medio de la comparación del indicador del estilo de crianza obtenido antes y después de la intervención. El *IEP modificado* según las variaciones en las respuestas presentadas antes y después de la intervención.

Para el análisis de los cambios en el estado nutricional de los infantes se graficaron el peso y talla de dos sesiones de línea base y dos sesiones de seguimiento en la gráfica de *Percentiles de Estatura por edad y Peso por edad*.

Para la ingesta de alimentos, se promediaron los pesos obtenidos en las sesiones 1 y 2 de línea base y se compararon con el peso promedio obtenido de las sesiones de seguimiento.

Para el análisis de los videos; las interacciones se codificaron mediante el sistema de observación descrito. El análisis se realizó haciendo uso del software especializado para el análisis observacional *The Observer Video-Pro, versión 4.1*. Los comportamientos mostrados en las secuencias de video se registraban al

segundo de su aparición. Para hacer confiable el análisis de los videos se observaron al tiempo por dos investigadores. En caso de existir dudas sobre la ocurrencia de una categoría, se reproducía nuevamente la secuencia de video en discordancia y se llegaba a un acuerdo.

Cada una de las dimensiones (*presentación/consumo, vocalizaciones y afecto*), se analizaron mediante el programa *Observer* con base en tres mediciones:

1. Frecuencia de respuesta (FR): Corresponde al número de veces en que se presenta el comportamiento.
2. Duración Total (DT): Tiempo neto dedicado a un comportamiento.
3. Duración Relativa (DR): Se refiere al porcentaje de tiempo dedicado a un comportamiento considerando la duración total del video.

La FR se considera de utilidad para identificar conductas de corta duración, la DT es sensible para identificar cambios más sostenidos y DR muestra los cambios generales para todas las categorías.

Una vez realizada la codificación de los videos, se promediaron los datos obtenidos para Frecuencia de Respuesta, Duración Total y Duración Relativa respectivamente. Se compararon los promedios de FR, DT y DR de las videograbaciones realizadas en la línea base y las sesiones de seguimiento, para identificar los cambios en el comportamiento de las díadas en las tres dimensiones.

Para poder identificar diferencias en el comportamiento de las díadas se establecieron los siguientes criterios:

- Para FR se comparó la media obtenida en las sesiones de línea base contra la media obtenida durante las sesiones de seguimiento. Si la diferencia entre estas puntuaciones era mayor o igual a 1.5 puntos se consideraba que dicha categoría había presentado un cambio.

- Para DT y DR se comparó la media obtenida en las sesiones de línea base contra la media obtenida durante las sesiones de seguimiento, para estas dimensiones, si la diferencia entre las puntuaciones medias era mayor a 1.9 y superior al 30% se consideraba que dicha categoría había presentado un cambio.

Los criterios se establecieron con el propósito de identificar claramente modificaciones derivadas de la intervención; los criterios establecidos para Frecuencia de Respuesta (FR) y Duración Total y Relativa (DT y DR), de 1.5 y 1.9 respectivamente, se incluyeron para descartar variaciones exageradas en percentil más no en presentación, es decir, aquellas variaciones que en porcentaje reflejaban un cambio exagerado pero en práctica variaban discretamente. Ello se justifica al considerar que al establecer un criterio del 20% o incluso del 30% encontrábamos variaciones en casi todas las categorías exceptuando aquellas con valores iguales (generalmente de 0) antes y después de la intervención y aquellas con valores altos (aún antes de la intervención). Cabe aclarar que al establecer el criterio se buscó elevar la dificultad para establecer una variación como cambio derivado de la intervención invalidando así variaciones menores que pudieran deberse a factores ajenos a la intervención.

Posteriormente, para evaluar la efectividad de la intervención se realizó una tabla en la que se muestran las categorías con variaciones según el criterio descrito para los tres tipos de registro. Los resultados de la tabla muestran el número de variaciones logradas por cada diada después de la intervención para cada categoría en los tres tipos de medición. En donde, a mayores variaciones encontradas más efectiva se considera la intervención.

RESULTADOS

Con la finalidad de determinar la eficacia de un programa de modificación de conducta dirigido a decrementar el riesgo de desnutrición en cuatro diadas (cuidador-niño) se presentan los datos obtenidos por medio del cuestionario de factores sociodemográficos e historia de salud así como de los instrumentos CuPRE (Cuestionarios sobre Práctica responsiva), IEP modificado (Índice de Estrés parental) antes y después de la intervención. Se presentan además el seguimiento de cuatro mediciones de peso y talla de los menores para identificar el estado nutricional.

Para el análisis de los patrones de comportamiento en la mesa se presentan tres parámetros: Frecuencia de Respuesta (FR), Duración Total (DT) y Duración Relativa (DR). Los dos primeros parámetros se consideran de utilidad para identificar conductas de corta duración mientras que la DR es sensible para identificar cambios más sostenidos. Para observar la existencia de cambios en el comportamiento a partir del programa se promediaron los parámetros de tres registros de video realizados antes de la intervención (línea base) y dos registros después de haber concluido (seguimiento). A continuación se presentan los datos para cada diada.

Díada 1

Características socio-demográficas e historia de alimentación y salud.

El participante uno es el primer hijo de una familia nuclear. Su principal cuidadora es su madre quien tiene 35 años de edad y escolaridad básica. No se reportaron dificultades perinatales. El peso al nacer del infante fue de 3.100 kg ubicándose dentro de los valores promedios. Su estado de salud actual se reportó como malo, señalando la aparición constante de infecciones en garganta y estómago, además de la presencia de amibas y diarrea. El estado de salud general del menor fue calificado por la madre como malo. Contrastando con el estado de salud general

de la familia que es percibido como bueno. La madre reportó no hacer uso de remedios caseros.

El consumo de alimentos del menor fue calificado como bueno por su cuidadora, quien reportó que el menor recibió alimentación materna pero actualmente ya no lo hace. A continuación se presenta la edad en meses en que se inició el consumo de los diferentes grupos de alimentos.

Tabla 5. *Edad en meses para la introducción de alimentos y grado de aceptación*

Alimento	Cereal	Fruta	Fruta cítrica	Huevo	Carne roja	Pescado	Pollo	Yogurt y/o quesos
Edad sugerida para la introducción de alimentos	6-8 meses	0-4 meses	4-8 meses	4-8 meses	6-12 meses	6-12 meses	6-12 meses	6-8 meses
Edad en meses de introducción	7	5	8	6	12	12	12	8
Grado de aceptación	2	3	3	3	2	2	3	2

De acuerdo con la tabla 5 la edad en que comenzó la ablactación está dentro de los parámetros sugeridos. El grado de aceptación es en general bueno. La dieta del menor parece ser balanceada. La comparación del consumo alimentario promedio antes y después de la intervención señala un incremento que fue de 0.160 kg a 0.1925 kg.

Indicadores antropométricos.

La edad inicial del participante fue de 14 meses, el peso inicial fue 8.71 kg y la longitud de 78.5 cm. Como se observa en la figura 1, la medición inicial indicó que el participante presentaba una insuficiencia ponderal grave al inicio de la intervención, presentó una recuperación en la tercera medición (26 meses) pasando de la categoría “grave” a “moderada” sin embargo, recayó nuevamente a la categoría de “insuficiencia grave” a los 27 meses. En cuanto a la longitud, presentó inicialmente una talla “normal” que conservó en las siguientes dos mediciones. Para la última medición a los 27 meses mostró un decremento leve.

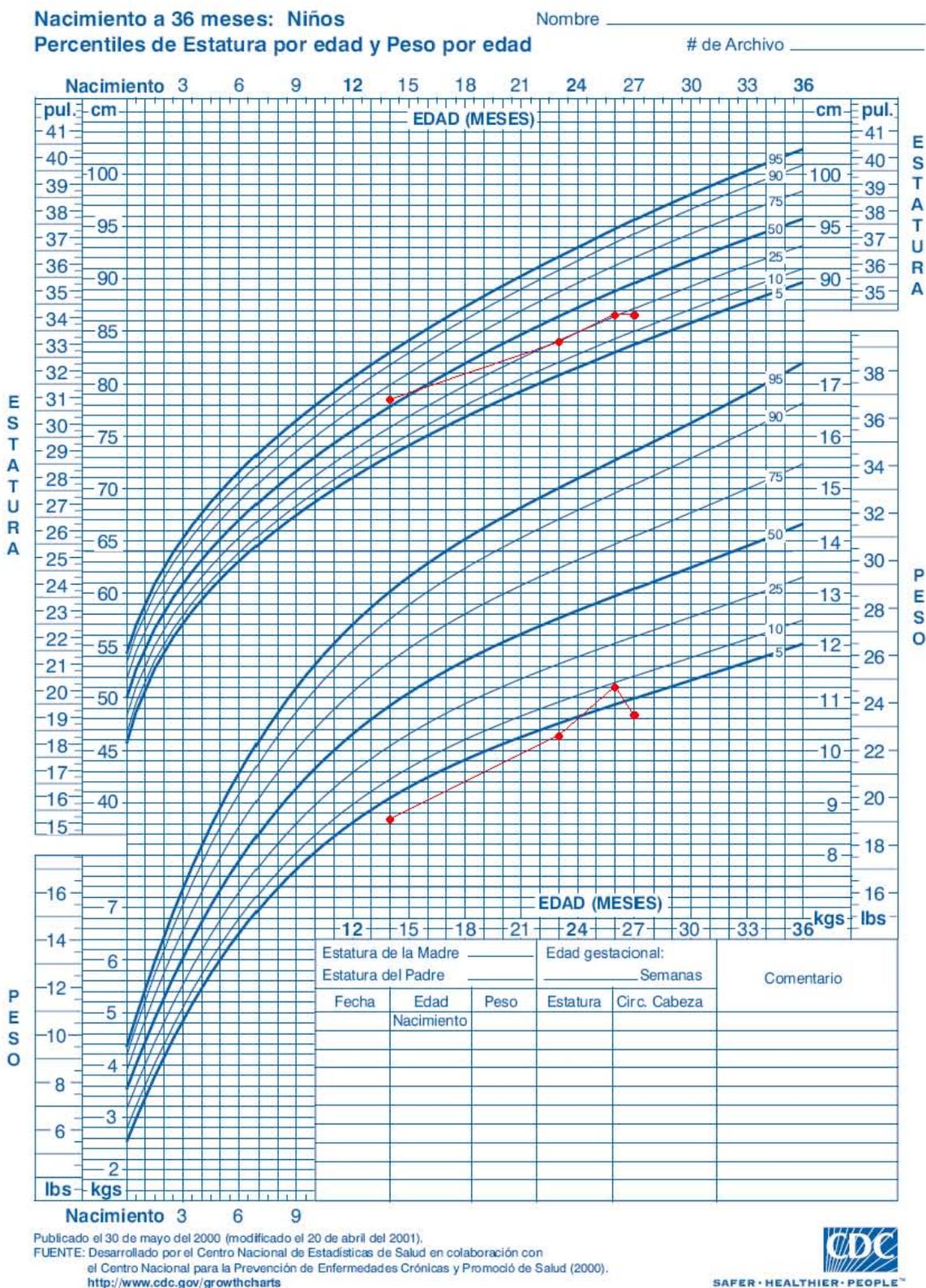


Figura 1. Desarrollo del estado nutricional del participante

Estrés de crianza.

Se presentan las respuestas de los ítems en el instrumento de IEP antes y después de la intervención.

Tabla 6. *Respuestas del Índice de Estrés Parental modificado del cuidador*

PREGUNTA	PRETEST	POSTEST
1.- Mi hijo es tan activo que me cansa.	1	3
2.- Comparado con otros niños, mi hijo tiene más dificultades para concentrarse y poner atención en lo que está haciendo o en lo que se le pide.	2	2
3.- Mi hijo es mucho más activo que otros niños (es inquieto)	5	3
4.- Mi hijo hace cosas que me hacen sentir orgullosa de él.	5	5
5.- Cuando mi hijo juega casi no se ríe (es seco).	5	5
6.- Mi hijo aprende más lento que otros niños.	1	1
7.- Mi hijo es capaz de hacer las cosas que yo espero de él.	5	5
8.- Yo me siento capaz de cuidar y controlar a mi hijo.	5	4
9.- Conforme mi hijo ha crecido y es más independiente, me preocupa más que se lastime o se meta en problemas.	3	3
10.- Es fácil para mi entender lo que quiere o necesita mi hijo.	5	2
11.- Cuando pienso en mi comportamiento como madre me siento mal e inconforme.	1	3

Nota: Escala 1= nunca 2= casi nunca 3= a veces 4= casi siempre 5= siempre

La tabla 6 muestra que, posterior a la intervención, el cuidador se cansa menos debido a la actividad del menor. Posterior a la intervención percibe a su hijo “a veces” más activo que otros niños. El cuidador refiere: sentirse menos capaz de cuidarlo y controlarlo; mayor dificultad para entender sus necesidades y deseos, y se percibe inconforme con su comportamiento como madre. Estos resultados muestran que la percepción del cuidador hacia el niño fue mejorando a medida que su percepción como madre iba en decremento; mientras que el niño se veía menos inquieto el cuidador se percibía más cansado, menos capaz y perceptivo, y más mal e inconforme con su comportamiento.

Condiciones relativas a la práctica alimentaria.

Esta dimensión muestra las conductas que se asocian con los niveles de consumo alimentario de los menores, se han realizado dos tablas para facilitar su análisis; una para el niño(a) y otra para su cuidador.

Tabla 7. Frecuencias de respuestas, Duración Total y Duración Relativa promedio pretest/postest de las categorías para el cuidador

Cuidadora Diada 1	Categorías:	Frecuencia de Respuestas promedio		Duración Total Promedio		Duración relativa promedio	
		PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
Presentación/ Consumo	BOCA SÓLIDO	19	2.5	20.4	8.2	4.81	2.99
	BOCA LIQUIDO	0	0.5	0	0.48	0	0.145
	RETRACTA	7.5	4	19.58	9.22	5.205	2.695
	CAMBIA	4	5	14.3	14.5	4.07	5.46
	INTERRUMPIR	0	0	0	0	0	0
	LLAMAR ATENCIÓN	0	1.5	0	12	0	3.975
	OBSERVAR	9	6.5	28.7	41.62	7.44	13.71
	PREPARAR	51.5	28	287.7	196.8	76.055	68.33
OTRAS	5	0.5	10.2	8.76	2.385	2.655	
Vocalizaciones	SOBRE ALIMENTO	9	5	22.6	37.86	6.05	13.85
	PROPIEDADES ORGANOLÉPTICAS	1.5	6	1.26	28.46	0.295	10.065
	SOBRE CONDUCTA	16	21.5	73.28	128.02	20.415	44.975
	OTRO TEMA	7.5	1	22.14	1.18	5.19	0.44
	OTRAS	4.5	1	19.9	1.98	5.305	0.645
	VOCALIZACIONES NO VOCALIZACIÓN	57.5	14	241.7	92.12	62.715	29.715
Afectos	IMPACIENCIA	0	0	0	0	0	0
	POSITIVO	1.5	0.5	3.58	0.48	0.92	0.14
	TRANQUILA	94.5	48	337.3	453.56	99.07	99.85

Nota: Los datos en negritas indican una variación de 1.5 en Frecuencia de respuesta (FR) y un cambio mayor al 30% en Duración total (DT) y Duración relativa (DR).

Como se aprecia en la tabla 7 se encontró que la cuidadora disminuyó la frecuencia en conductas como: dar de comer en la boca al menor, retractarse y realizar acciones ajenas a la alimentación. Estos cambios se dieron en los tres parámetros FR, DT y DR, exceptuando la categoría “otras” cuyo cambio sólo se presentó en FR. La categoría “observar” presentó un aumento respecto a DT y DR. Al mismo tiempo, la madre llamó más la atención del niño hacia el alimento.

Para vocalizaciones, todas las categorías mostraron variación asociada positivamente al mejoramiento del estado nutricional infantil. La cuidadora evocó temas referidos a los alimentos, sus características y la conducta del menor durante la alimentación. Paralelamente hablar sobre otro tema, otras

vocalizaciones y no vocalización presentaron disminución. Respecto a los afectos, sólo positivo y tranquilo presentaron un ligero incremento en Duración Total.

Se encontraron modificaciones asociadas negativamente a un estado nutricional adecuado en categorías como: observar al niño, disponer los elementos para facilitar el consumo y afecto positivo.

Tabla 8. Frecuencia de respuestas, Duración Total y Duración Relativa promedio pretest/posttest de las conductas, vocalizaciones y afectos para el niño

Niño(a) Díada 1	Categorías:	Frecuencia de Respuestas promedio		Duración Total Promedio		Duración relativa promedio	
		PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
Presentación/ Consumo	Si mismo líquido	0	0.5	0	22.62	0	2.59
	Si mismo sólido	0	8	0	100.6	0	13.37
	Acepta líquido	0	2.5	0	16.96	0	1.94
	Acepta sólido	29	17.5	116.78	109.5	34.24	25.635
	Pide	0.5	3.5	2.4	24.52	0.85	3.6
	Se distrae	12.5	0.5	34.5	2.54	12.16	0.495
	No consumo pasivo	29.5	28.5	157.72	342.5	47.64	47.92
	Otras	1	1	1.82	3.94	0.635	0.655
	Negativa	9.5	8.5	15.46	25.82	4.455	3.75
Vocalizaciones	Sobre alimentos	0	2	0	32.16	0	4.465
	Más alimentos	0.5	0.5	0.41	0.32	0	0
	Otros alimentos	0	0	0	0	0.21	0.055
	Gustos	0	2	0	0	0	0
	Disgustos	1.5	1	1	27.26	0.35	4.825
	Llanto	0	1.5	0	7.66	0	0.875
	No vocalización	64	56	285.52	524.64	86.505	72.255
	Otras vocalizaciones	16	11.5	41.44	98.26	12.925	17.5
Afectos	Agrado	0.5	0	2.26	0	0.8	1.625
	Desagrado	0.5	1.5	0.82	14.2	0.215	0
	Sereno	81	72	325.6	676.1	98.97	98.37

Nota: Los datos en negritas indican una variación de 1.5 en Frecuencia de respuesta (FR) y un cambio mayor al 30% en Duración total (DT) y Duración relativa (DR).

Como se aprecia en la tabla 8, el menor comenzó a emitir conductas que antes de la intervención parecían nulas, como el consumo de líquidos y sólidos de manera

autónoma, pidió alimentos con mayor frecuencia, aceptó sólidos de mano de su cuidadora en menor medida conforme comenzaba a tomarlos por sí mismo. Las distracciones se presentaron en menor tiempo y frecuencia. Estas modificaciones se encuentran asociadas al incremento en el consumo de alimentos del niño.

Respecto a las vocalizaciones, el menor habló más sobre los alimentos servidos, y expresó gustos y disgustos. Estas categorías presentaron un aumento en los tres parámetros: FR, DT y DR. La tabla sugiere un decremento en “no vocalización” respecto a FR y DT, y otras vocalizaciones en FR, el decremento en estas categorías resulta ser un cambio positivo para lograr un peso y talla adecuados. El afecto “sereno” se redujo en FR e incrementó en DT, aunque esto puede deberse simplemente a que el tiempo invertido en el consumo de los alimentos fue menor para el pos-test.

Entre los cambios asociados a un consumo inadecuado se encontró incremento en la conductas: “llanto” (según FR y DT), “acepta líquido” (FR, DT y DR), “no consumo pasivo” (en DT) y “negativa” (DT). Para los afectos, las principales modificaciones se dieron en “agrado” y “desagrado” respecto a DT y FR.

Las variaciones comportamentales observadas en la diada pueden ser consideradas adecuadas sólo para algunos de los modificadores registrados, los resultados sugieren que aunque la intervención provocó cambios comportamentales considerables para contrarrestar la desnutrición en “conductas” y “vocalizaciones”, su efecto fue prácticamente nulo en el caso de los afectos. Para presentación/consumo hubo 8 (FR), 9 (DT) y 10 (DR) de 18 variaciones adecuadas posibles en cada uno de los registros. Mientras que para las vocalizaciones los resultados fueron 9 (FR), 7 (DT) y 7 (DR) de 14 variaciones esperadas. En cuanto a los afectos se lograron 0 (FR), 2 (DT) y 0 (DR) de 6 cambios esperados.

Puntuaciones CUPRE.

Tabla 9. Puntuación obtenida pretest/posttest por el cuidador en el CuPRE.

Díada	Categoría:	Puntuación numérica	
		PRE	POST
Cuidadora Díada 1			
	Puntuación total CUPRE.	3	3
	Factor; estimulación a partir del juego.	2	3
	Factor: práctica responsiva.	2	3
	Factor; promoción de competencias.	3	3
	Factor; atención planeada.	3	3
	Factor; disposición.	3	3
	Sumatoria de las categorías.	13	15

Nota: Escala: 1; Práctica menos efectiva, 2; Dentro de la norma, 3; Responsividad y sensibilidad adecuada.

La puntuación CUPRE sólo muestra un incremento en el factor de práctica responsiva y estimulación a partir de juego. El resto de los factores que ya puntuaban responsividad y sensibilidad adecuada mantuvieron su puntuación.

Diada 2

Características socio-demográficas e historia de alimentación y salud.

El participante 2 es el primer hijo dentro de una familia monoparental. Su principal cuidadora es su madre quien tiene 29 años de edad y escolaridad básica. No se reportaron dificultades prenatales o perinatales. Su peso al nacer fue de 2.500 kg ubicándose por debajo de los valores promedios. Durante la entrevista, su madre reportó que el niño padecía desnutrición. También mencionó dificultades para alimentarlo, pues el menor llora porque no quiere comer y lo tiene que perseguir con el plato y la cuchara. No reportó enfermedades o infecciones frecuentes. El estado de salud general de la familia fue percibido como “muy bueno”. La madre dijo no hacer uso de remedios caseros.

La cuidadora calificó como “malo” el consumo alimentario del niño; al momento de la primera sesión el participante aún mantenía alimentación materna. La edad en meses en que se inició con la introducción de diversos grupos de alimentos sólidos fue la siguiente:

Tabla 10. *Edad en meses para la introducción de alimentos y grado de aceptación*

Alimento	Cereal	Fruta	Fruta cítrica	Huevo	Carne roja	Pescado	Pollo	Yogurt y/o quesos
Edad sugerida para la introducción de alimentos	6-8 meses	0-4 meses	4-8 meses	4-8 meses	6-12 meses	6-12 meses	6-12 meses	6-8 meses
Edad en meses de introducción	.	8	2	7	12	9	12	12
Grado de aceptación	.	3	2	3	2	1	1	1

La tabla 10 señala una tardía (inoportuna) introducción de alimentos, exceptuando las frutas cítricas. Se nota que el menor gusta principalmente de fruta y huevo, y rechaza las carnes y algunos lácteos. Estos gustos pueden estar asociados a la edad de introducción y el grado de exposición a cada uno de ellos. La comparación de consumo promedio antes y después de la intervención muestra una disminución que fue de los 0.2605 kg a 0.2285 kg.

Indicadores antropométricos

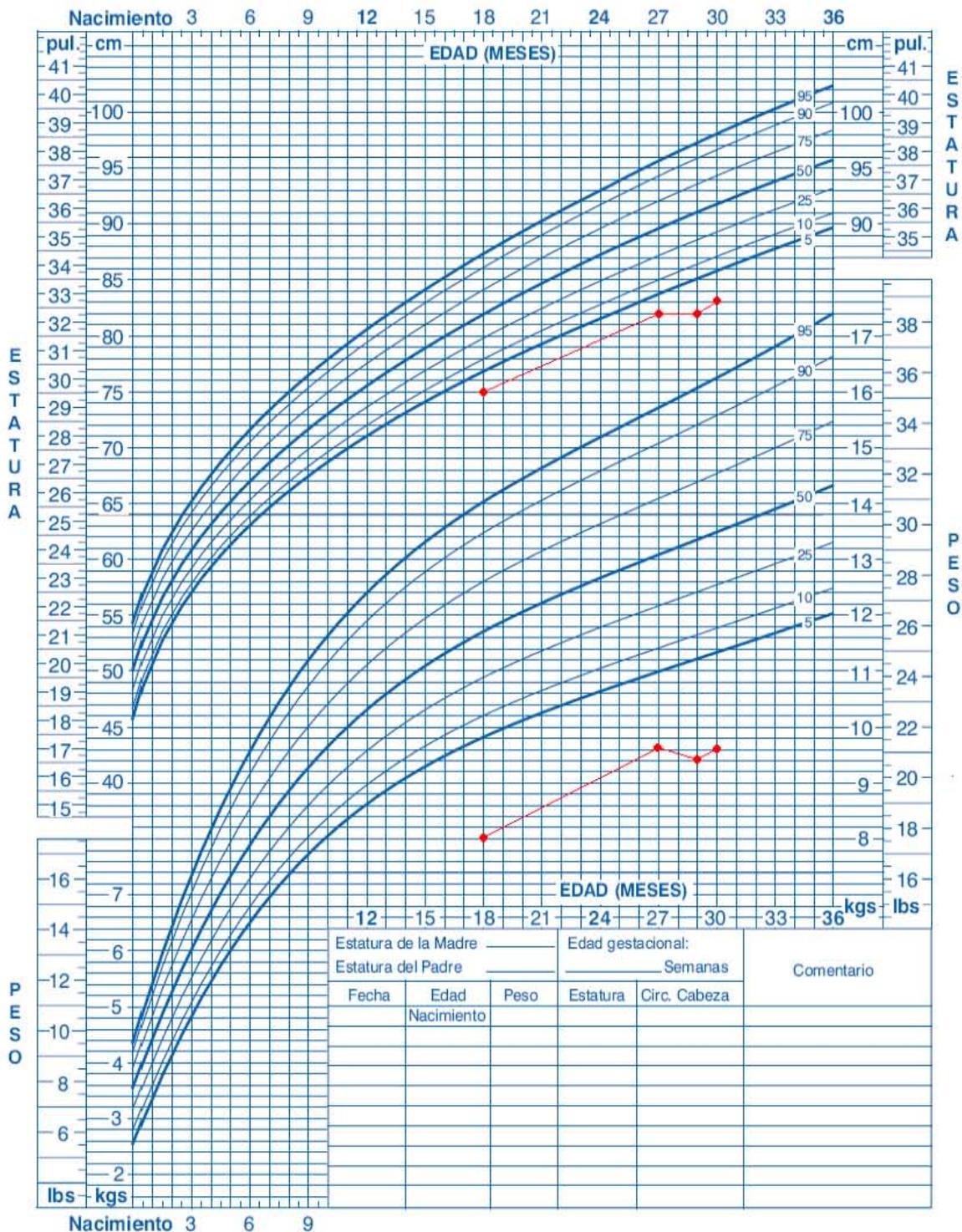
La edad del participante al inicio de la intervención fue de 18 meses y su peso al nacer fue de 2.500 kg. Su peso inicial fue 8.045 kg y su longitud 75 cm. Como se observa en la figura 2, la medición inicial señala una “insuficiencia ponderal grave” que mantuvo hasta los 27 meses. A pesar de haber presentado recuperación en la segunda medición, su peso recayó ligeramente ubicándose en la categoría “desnutrición grave” donde se mantuvo hasta la última medición a los 30 meses. En longitud, presentó inicialmente una talla baja que conservó en las siguientes tres mediciones, este indicador se mantuvo a pesar de que el participante sí presentó incrementos en la estatura.

Nacimiento a 36 meses: Niños

Nombre _____

Percentiles de Estatura por edad y Peso por edad

de Archivo _____



Publicado el 30 de mayo del 2000 (modificado el 20 de abril del 2001).
 FUENTE: Desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud (2000).
<http://www.odc.gov/growthcharts>



Figura 2. Desarrollo de estado nutricional del participante

Estrés de crianza.

Se presentan las respuestas del instrumento IEP antes y después de la intervención.

Tabla 11. *Respuestas del Índice de Estrés Parental modificado del cuidador*

PREGUNTA	PRETEST	POSTEST
1.- Mi hijo es tan activo que me cansa.	2	3
2.- Comparado con otros niños, mi hijo tiene más dificultades para concentrarse y poner atención en lo que está haciendo o en lo que se le pide.	2	5
3.- Mi hijo es mucho más activo que otros niños (es inquieto)	5	5
4.- Mi hijo hace cosas que me hacen sentir orgullosa de él.	5	5
5.- Cuando mi hijo juega casi no se ríe (es seco).	5	5
6.- Mi hijo aprende más lento que otros niños.	2	1
7.- Mi hijo es capaz de hacer las cosas que yo espero de él.	4	5
8.- Yo me siento capaz de cuidar y controlar a mi hijo.	4	5
9.- Conforme mi hijo ha crecido y es más independiente, me preocupa más que se lastime o se meta en problemas.	5	3
10.- Es fácil para mi entender lo que quiere o necesita mi hijo.	2	5
11.- Cuando pienso en mi comportamiento como madre me siento mal e inconforme.	1	2

Nota: Escala 1= nunca 2= casi nunca 3= a veces 4= casi siempre 5= siempre

Las variaciones entre el pre y pos-test indican cambios positivos respecto a que el menor es percibido: más activo, con menos dificultades para concentrarse, más atento, con mayor facilidad para aprender y más capaz para cumplir las expectativas del cuidador. A la par, su cuidadora se siente con mayor capacidad para cuidar a su hijo, más receptiva a las necesidades y deseos del niño(a) y se preocupa menos por que el niño se lastime como resultado de su crecimiento, sin embargo, al mismo tiempo se percibe poco más inconforme con su comportamiento como madre.

Condiciones relativas a la práctica alimentaria.

Tabla 12. Frecuencia de respuestas, Duración Total y Duración Relativa promedio pretest/posttest en las conductas, vocalizaciones y afectos para el cuidador

Cuidadora Diada 2	Categorías:	Frecuencia de Respuestas promedio		Duración Total Promedio		Duración relativa promedio	
		PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
Presentación/ Consumo	BOCA SÓLIDO	5.33	1.5	5.64	2.74	2.31	0.66
	BOCA LIQUIDO	0	0.5	0	0.36	0	0.07
	RETRACTA	5.66	0	48.61	0	7.18	0
	CAMBIA	0.33	0	0.78	0	0	0
	INTERRUMPIR	0	1.5	0	2.82	0	0.59
	LLAMAR ATENCIÓN	0.66	1	5.46	1	0	1.36
	OBSERVAR	2	16.5	13.54	182.3	4.36	68.31
	PREPARAR	29	14.5	117.70	71.82	83.57	23.935
	OTRAS	0.66	3.5	7.48	14.94	2.55	5.05
Vocalizaciones	SOBRE ALIMENTO	0.33	2	0.56	19.02	0.69	13.855
	PROPIEDADES ORGANOLÉPTICAS	0	0	0	0	0	0
	SOBRE CONDUCTA	14.33	19.5	42.61	134.06	46.12	47.31
	OTRO TEMA	1.66	0.5	2.72	4.28	2.61	0.89
	OTRAS VOCALIZACIONES	0.66	1	0.32	9.1	0.35	1.99
	NO VOCALIZACIÓN	14.66	16	44.78	107.48	50.19	35.92
	Afectos	IMPACIENCIA	7.66	3	12.36	18	15.39
POSITIVO	0	0	0	0	0	0	
TRANQUILA	24	36	78.64	255.94	84.60	93.3	

Nota: Los datos en negritas indican una variación de 1.5 en Frecuencia de Respuesta (FR) y un cambio mayor al 30% en Duración Total (DT) y Duración Relativa (DR).

La tabla 12 muestra cambios comportamentales asociados a un estado nutricional adecuado; la cuidadora mostró menos conductas como: alimentar al menor directamente en la boca, retractarse y ejecutó menos conductas ajenas a la alimentación. En adición, lo observó más veces y por mayor tiempo. Estas modificaciones se dieron en los tres parámetros: FR, DR y DT. Para las verbalizaciones se encontraron sólo tres modificaciones positivas: la cuidadora habló más y por mayor tiempo sobre el alimento y la conducta, y se presentó un decremento en los temas ajenos a la alimentación (según DT y DR). Los ajustes

afectivos mostraron cambios positivos en aumento de tranquilidad (FR y DT), y disminución de impaciencia (FR y DR).

Las modificaciones asociadas a un estado nutricional inadecuado fueron: preparar menos la situación de alimentación (FR, DT y DR), interrumpir la ingesta de alimentos y llamar menos la atención del menor hacia la comida (DT). Conductas ajenas a la alimentación se presentaron más y por mayor tiempo. Asimismo, otras vocalizaciones y no vocalización presentaron un aumento en DT. Para los afectos sólo la impaciencia aumento en DT.

Tabla 13. Frecuencia de Respuestas, Duración Total y Duración Relativa promedio pretest/postest en las conductas, vocalizaciones y afectos para el niño

Niño(a) Díada 2	Categorías:	Frecuencia de Respuestas Promedio		Duración Total Promedio		Duración relativa Promedio.	
		PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
Presentación/ Consumo	Si mismo líquido	0	5	0	27.64	0	7.13
	Si mismo sólido	0	1.5	0	7.5	9.11	2.205
	Acepta líquido	0	1.5	0	8.34	0	2.155
	Acepta sólido	27.66	4	223.58	16.27	42.94	5.665
	Pide	0	1.5	0	4.76	0	1.23
	Se distrae	2.66	6	14.24	79.52	0.78	13.31
	No consumo pasivo	26	24.5	224.57	192.62	45.27	64.67
	Otras	0.33	24.5	1.45	5.20	0	2.225
	Negativa	8.66	1	43.09	2.9	1.53	1.15
Vocalizaciones	Sobre alimentos	0	0	0	0	0	0
	Más alimentos	0	0	0	0	0	0
	Otros alimentos	0	0	0	0	0	0
	Gustos	0	0.5	0	2.02	0	0.88
	Disgustos	6.33	3	28.21	26.5	7.31	8.36
	Llanto	17.66	3	140.64	19.36	35.62	4.99
	No vocalización	17.66	33	110.61	221.22	27.33	73.01
	Otras vocalizaciones	10.66	7.5	122.73	37.96	29.79	12.73
	Afectos	Agrado	0	0	0	0	0
Desagrado		25.66	6	181.2	32.69	46.02	10.46
Sereno		26.66	41	221	274.18	53.96	89.53

Nota: Los datos en negritas indican una variación de 1.5 en Frecuencia de Respuesta (FR) y un cambio mayor al 30% en Duración Total (DT) y Duración Relativa (DR).

Como se aprecia en la tabla 13 el menor aumentó el número de veces, el tiempo y la duración del consumo de sólidos y líquidos de manera autónoma, se negó menos a comer los alimentos (según FR y DT), y aceptó sólidos en menor medida (FR, DT y DR), además no consumió pasivamente menos veces y menos proporción de tiempo. Para las vocalizaciones, se encontraron cuatro categorías cuya modificación se asocia a un incremento de peso y talla; el llanto y la emisión de otras vocalizaciones se presentaron menos (FR, DT y DR), se expresaron menos disgustos (DT) y se expresaron gustos por mayor tiempo. Finalmente, en afectos, el menor se mostró con más serenidad y menos desagrado (según FR, DT y DR). Resalta el hecho de que el afecto que muestra la cuidadora mantiene relación con el que presenta el niño(a).

Para las modificaciones relacionadas con un estado nutricional inadecuado, se encontró que el niño(a) disminuyó el consumo de sólidos por sí mismo (DR), aumentó su aceptación de líquidos de mano del cuidador (para FR y DR), se distrajo en mayor medida (FR, DT y DR), se mantuvo sin consumir alimento pasivamente en mayor porcentaje de tiempo, ejecutó más conductas ajenas a la alimentación (FR y DR) y se mostró más callado (FR, DT y DR).

En suma, puede observarse, el cambio en la conducta de ambos miembros de la díada fue mínimo, las variaciones derivadas de la intervención asociadas con una mejora en el estado nutricional del infante fueron; 6 (FR), 9 (DT) y 5 (DR) de 18. Para las vocalizaciones encontramos; 5 (FR), 5 (DT) y 4 (DR) de 14 cambios esperados. Y para los afectos fueron: 4 (FR), 3 (DT) y 3 (DR) de 6 variaciones posibles. En el caso del niño, observamos mayor mejoría en comparación con el cuidador; los cambios logrados al incrementar el tiempo invertido en las categorías “sobre alimento”, “sobre conducta” y “gustos” y el decremento en “llanto” se muestran como fuertes indicadores de la mejora en el estado nutricional futuro del infante. Además, también se observó que a menor impaciencia del cuidador, menor desagrado y más serenidad por parte del niño.

Puntuaciones CUPRE.

Tabla 14. Puntuación obtenida pretest/posttest por el cuidador en el Cuestionario de Práctica Responsiva y Estimulación

Día	Categoría:	Puntuación numérica	
		PRE	POST
Cuida	Puntuación total CUPRE.	3	3
dora	Factor; estimulación a partir del juego.	3	3
Día	Factor: práctica responsiva.	2	3
2	Factor; promoción de competencias.	3	3
	Factor; atención planeada.	3	3
	Factor; disposición.	3	3
	Sumatoria de las categorías.	14	15

Nota: Escala: 1; Práctica menos efectiva, 2; Dentro de la norma, 3; Responsividad y sensibilidad adecuada.

La puntuación entre pre-test y pos-test del CUPRE no muestra diferencias notables. Sólo se observa un incremento en el factor de práctica responsiva.

Diada 3

Características socio-demográficas e historia de alimentación y salud.

El participante 3 es el tercer hijo(a) de una familia nuclear. Su principal cuidador es su madre quien tiene 35 años y escolaridad media superior. No reportó dificultades perinatales. Su peso al nacer fue de 3.110 kg puntuando dentro de los valores promedio. Durante la entrevista el cuidador consideró que el estado de salud de su hija era bueno, aunque presentó diarrea, fiebre y temperatura el fin de semana anterior a la aplicación del cuestionario (sesión 1) y enfermedad de las vías respiratorias hacia cuatro meses. La madre considera bueno el estado de salud general del niño y de la familia. Reporta no hacer uso de remedios caseros durante una enfermedad.

La cuidadora calificó como bueno el consumo alimentario del menor; durante la primera sesión el participante aún mantenía alimentación materna irregularmente, se reportó la ingesta de suplementos alimenticios. La edad en meses en que se inició la introducción de alimentos sólidos fue la siguiente:

Tabla 15. *Edad en meses para la introducción de alimentos y grado de aceptación*

Alimento	Cereal	Fruta	Fruta cítrica	Huevo	Carne roja	Pescado	Pollo	Yogurt y/o quesos
Edad sugerida para la introducción de alimentos	6-8 meses	0-4 meses	4-8 meses	4-8 meses	6-12 meses	6-12 meses	6-12 meses	6-8 meses
Edad en meses de introducción	6	6	--	--	9	--	8	--
Grado de aceptación	3	3	--	--	3	--	3	--

De acuerdo con la tabla 15, la introducción de los alimentos fue adecuada para la edad, exceptuando la fruta introducida dos meses posteriores a lo recomendado. Se observa un limitado contenido dietético, se omite el consumo de fruta cítrica, huevo, pescado, yogurt y/o queso. No se reportó rechazo a algún alimento, siendo bueno el grado de aceptación. De ello se puede considerar que la limitación de la dieta se debe a la inadecuada introducción de alimentos por parte de la madre.

La comparación del consumo alimentario promedio antes y después de la intervención señala un incremento que fue de 0.935 kg a 1.145 kg.

Indicadores antropométricos.

La edad inicial del participante fue de 11 meses, el peso inicial fue de 8.29 kg y su estatura 71 cm, la medición inicial lo ubicó en “insuficiencia ponderal grave”. Para las siguientes 2 mediciones presentó recuperación; incremento su peso a 11.03 kg y 11.42 kg respectivamente, pasando de la categoría grave a peso promedio. Para la tercera medición, a los 23 meses, presentó un ligero decremento (a 11.32 kg) pero se mantuvo en la categoría de peso promedio. Para la longitud, presentó inicialmente “talla baja” que mantuvo en las siguientes tres mediciones (20, 22 y 23 meses) a pesar del incremento de peso, como lo muestra la figura 3.

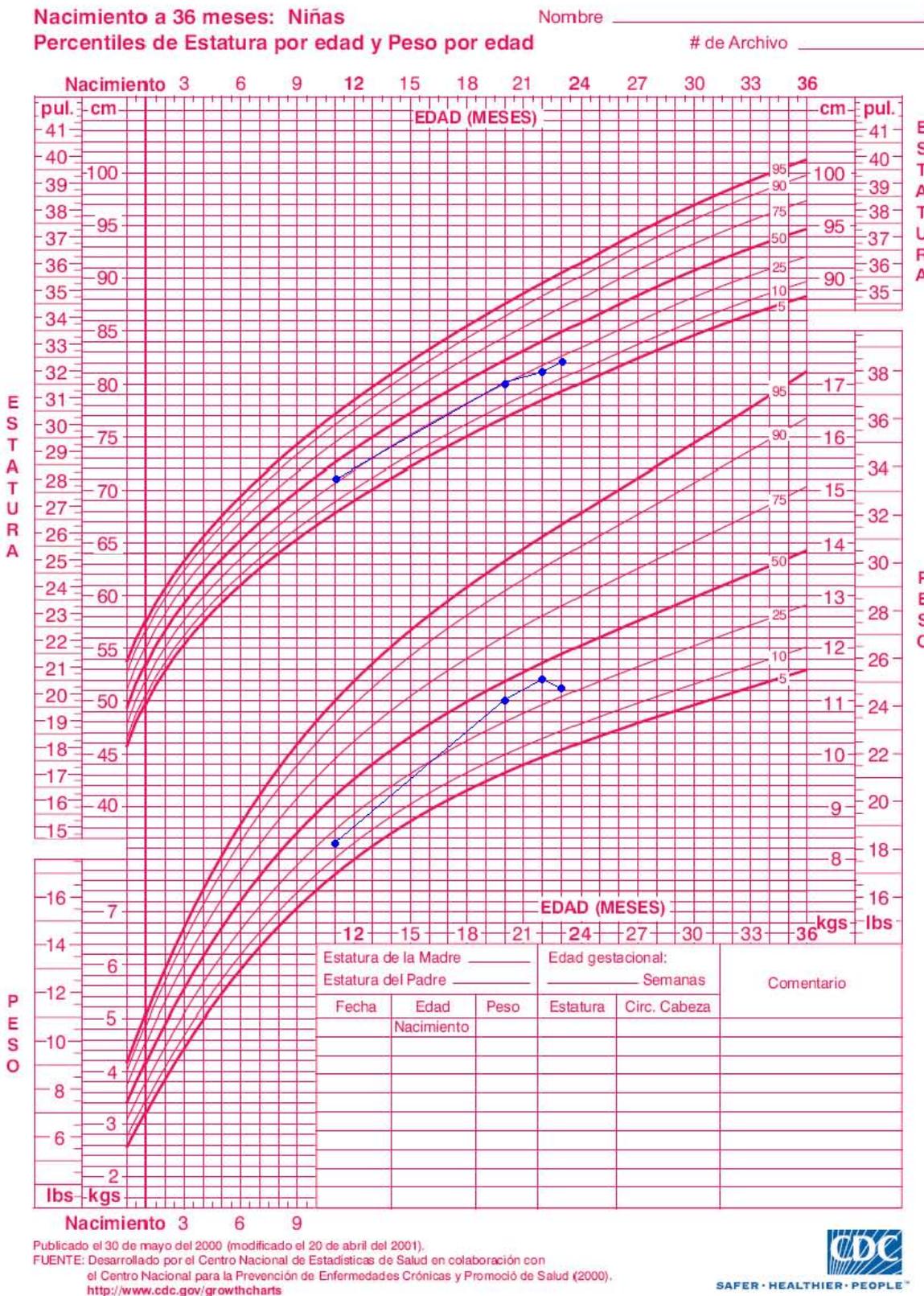


Figura 3. Desarrollo de estado nutricional del participante

Estrés de crianza.

Se presentan las respuestas pre y postest del instrumento IEP.

Tabla 16. *Respuestas del Índice de Estrés Parental modificado del cuidador*

PREGUNTA	PRETEST	POSTEST
1.- Mi hijo es tan activo que me cansa.	5	5
2.- Comparado con otros niños, mi hijo tiene más dificultades para concentrarse y poner atención en lo que está haciendo o en lo que se le pide.	3	1
3.- Mi hijo es mucho más activo que otros niños (es inquieto)	5	1
4.- Mi hijo hace cosas que me hacen sentir orgullosa de él.	5	5
5.- Cuando mi hijo juega casi no se ríe (es seco).	2	1
6.- Mi hijo aprende más lento que otros niños.	4	1
7.- Mi hijo es capaz de hacer las cosas que yo espero de él.	5	5
8.- Yo me siento capaz de cuidar y controlar a mi hijo.	5	4
9.- Conforme mi hijo ha crecido y es más independiente, me preocupa más que se lastime o se meta en problemas.	2	2
10.- Es fácil para mi entender lo que quiere o necesita mi hijo.	2	1
11.- Cuando pienso en mi comportamiento como madre me siento mal e inconforme.	--	2

Nota: Escala 1= nunca 2= casi nunca 3= a veces Nota: Escala 1= nunca

Las variaciones observadas en la tabla 16, indican cambios positivos en la percepción del cuidador acerca del niño(a), pues le percibe: con menos dificultades para concentrarse y poner atención, menos inquieto, más risueño (o feliz) al momento de jugar y con mayor facilidad para el aprendizaje. Por otro lado la madre obtuvo un “descenso” en sus puntuaciones: se siente “poco menos” capaz para cuidar y controlar a su hijo(a) y para comprenderlo(a).

Condiciones relativas a la práctica alimentaria.

Tabla 17. Frecuencia de Respuestas, Duración Total y Duración Relativa promedio pretest/posttest en las conductas, vocalizaciones y afectos para el cuidador

Cuidadora Díada 4	Categorías:	Frecuencia de Respuestas Promedio		Duración Total Promedio		Duración relativa Promedio	
		PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
Presentación/ Consumo	BOCA SÓLIDO	7.66	3.5	7.36	3.86	1.4	0.62
	BOCA LIQUIDO	0.33	0	0.29	0	0.02	0
	RETRACTA	24.33	4	296.72	43.82	42.35	6.245
	CAMBIA	1.33	2.5	14.46	15.7	1.47	2.235
	INTERRUMPIR	1.66	0	0.33	0	1.40	0
	LLAMAR ATENCIÓN	1	2	9.18	24.18	1.54	3.44
	OBSERVAR	8	20.5	99.36	196.26	9.34	42.61
	PREPARAR	41	25.5	259.33	198.24	40.71	36.4
OTRAS	1	4	11.73	44.08	1.72	8.415	
Vocalizaciones	SOBRE ALIMENTO	4	13	33.90	84.94	2.65	15.31
	PROPIEDADES ORGANOLÉPTICAS	2.33	4	12.36	21.68	2.68	3.15
	SOBRE CONDUCTA	43.66	25	426.88	113.5	65.73	54.67
	OTRO TEMA	15	8.5	124.90	91.78	14.783	17.86
	OTRAS						
	VOCALIZACIONES NO VOCALIZACIÓN	2	1.5	12.70	3.08	1.03	0.56
Afectos	NO VOCALIZACIÓN	19	10	75.54	42.82	13.48	8.41
	IMPACIENCIA	0	0	0	0	0	0
	POSITIVO	4.66	3.5	47.50	23.28	4.27	5.36
	TRANQUILA	81.33	58.5	638.8	502.86	95.71	94.62

Nota: Los datos en negritas indican una variación en Frecuencia de Respuestas (FR) y un cambio mayor al 30% en Duración Total (DT) y Duración Relativa (DR).

En tabla 17 se aprecia como la cuidadora observó más al niño (FR, DT y DR), llamó más su atención hacia el alimento (DT y DR), le interrumpió menos (FR), le dio de comer en la boca menos veces por menos tiempo y, redujo sus retractaciones. Cabe mencionar que las mejoras tanto en la FR como en DT para todas las categorías fueron de casi el doble, en especial retractarse fue de 24.33 a 4. Para las vocalizaciones, la cuidadora aminoró los episodios de silencio y habló más sobre el alimento (FR, DT y DR) y sus propiedades organolépticas (FR

y DT). Hablar sobre “otras vocalizaciones” y “otro tema” decremento DT y FR respectivamente. El afecto positivo incremento según FR.

Se mostraron cambios asociados a la desnutrición en la cuidadora: se entretuvo más con aspectos ajenos a la alimentación, preparó la situación menos veces y en menor tiempo, verbalizó menos (DR), en especial acerca del comportamiento del niño(a), y se mostró menos positiva (FR) y tranquila (DT).

Tabla 18. *Frecuencia de Respuestas, Duración Total y Duración Relativa promedio pretest/posttest en las conductas, vocalizaciones y afectos para el participante*

Niño(a) Díada 3	Categorías:	Frecuencia de Respuestas Promedio		Duración Total Promedio		Duración relativa Promedio	
		PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
Presentación/ Consumo	Si mismo líquido	0.33	3.5	2.61	25.22	0.24	2.345
	Si mismo sólido	4.33	36.5	27.69	247.74	4.30	23.895
	Acepta líquido	1	2.5	51.22	34.96	4.69	3.16
	Acepta sólido	31.33	11	110.33	37.86	14.86	3.91
	Pide	1.66	3.5	27.30	33.64	2.76	3.9
	Se distrae	3	1	26.82	18	3.02	2.085
	No consumo pasivo	41.33	51	444.90	554.34	58.91	55.59
	Otras	0	1	0	17.32	0	1.8
	Negativa	17	7.5	94.77	28.2	11.16	3.27
Vocalizaciones	Sobre alimentos	0	6	0	53.4	0	5.545
	Más alimentos	0	9.5	0	14.34	1.08	5.365
	Otros alimentos	0.66	3	9.30	52.14	0	1.26
	Gustos	0	1.5	0	49.58	0	3.285
	Disgustos	11.66	6.5	162.90	42.16	13.15	4.9
	Llanto	0.33	1	0.97	48.46	0	5.625
	No vocalización	59.33	61.5	448.64	414.8	56.81	40.26
	Otras vocalizaciones	28.33	38	233.29	340.36	28.93	33.72
Afectos	Agrado	1	6	10.66	82.22	0.97	8.32
	Desagrado	4.66	9	40.09	120.42	5.63	13.98
	Sereno	94.66	103	736.94	794.64	93.37	77.68

Nota: Los datos en negritas indican una variación de 1.5 en Frecuencia de Respuestas (FR) y un cambio mayor al 30% en Duración Total (DT) Y Duración Relativa (DR).

En la tabla 18 se aprecia que el niño(a); disminuyó su consumo de sólidos y líquidos de mano del cuidador, se alimentó por sí mismo más veces y por más tiempo, pidió más alimentos (FR, DT y DR); la frecuencia de acciones como negarse a comer y distracción disminuyó en frecuencia y tiempo. Respecto a vocalizaciones, el niño(a) habló más sobre el alimento, otros alimentos y pidió más (FR, DT y DR), expresó más gustos (FR y DR) y menos disgustos (FR, TI y DR). El afecto agrado incrementó en más del 600% en todos los registros.

Las modificaciones asociadas a un estado nutricional inadecuado fueron: acepta líquido, otras y otros temas, no consumo pasivo, no vocalización (FR), llanto (FR y DR), y desagrado (FR y DT).

En general, se dio un cambio comportamental significativo en la díada. De las dieciocho categorías registradas para las conductas; 10 muestran modificación en FR, 8 para DT y 8 para DR. En las vocalizaciones, hallamos 8 (FR), 9 (DT) y 7 (DR) cambios esperados de las catorce variaciones posibles. Asimismo se presentaron categorías que parecían nulas durante la línea base (“sobre alimentos”, “más alimentos” y “gustos”). Los afectos sólo mostraron 2 variaciones.

Puntuaciones CUPRE.

Tabla 19. *Puntuación obtenida pretest/posttest por el cuidador en el CuPRE.*

Díada	Categoría:	Puntuación numérica	
		PRE	POST
Cuidadora Díada 3	Puntuación total CUPRE.	3	3
	Factor; estimulación a partir del juego.	3	3
	Factor: práctica responsiva.	2	2
	Factor; promoción de competencias.	3	3
	Factor; atención planeada.	3	3
	Factor; disposición.	3	3
	Sumatoria de las categorías.	14	14

Nota: Escala: 1; Práctica menos efectiva, 2; Dentro de la norma, 3; Responsividad y sensibilidad adecuada.

La puntuación en el CuPRE en pre y pos-test no presentó variación significativa, solo una categoría mostro cambio ligero. Se aprecia una práctica responsiva y sensible.

Diada 4

Características socio-demográficas e historia de alimentación y salud.

El participante 4 es el primer hijo(a) de una familia nuclear. Su principal cuidadora es su madre quien tiene 20 años y cuenta con escolaridad media superior. No presento dificultades perinatales. Su peso al nacer fue de 3.410 kg ubicándose dentro de los valores promedio. El cuidador consideró que el estado de salud del niño en ese momento era bueno, al igual que su estado de salud general; las enfermedades de las vías respiratorias o diarrea no se reportaron como frecuentes. En cuanto el estado de salud de la familia, el cuidador lo consideró muy bueno. Cuando se presenta una enfermedad la madre aceptó hacer uso de remedios caseros.

En relación al consumo por parte del menor este fue calificado como bueno por parte de la cuidadora; al momento de la primera sesión el participante aún mantenía alimentación materna irregularmente, no se reportó ingesta de suplementos alimenticios. La edad en meses en que se inició con la introducción de diversos grupos de alimentos sólidos fue la siguiente:

Tabla 20. *Edad en meses para la introducción de alimentos y grado de aceptación*

Alimento	Cereal	Fruta	Fruta cítrica	Huevo	Carne roja	Pescado	Pollo	Yogurt y/o quesos
Edad sugerida para la introducción de alimentos	6-8 meses	0-4 meses	4-8 meses	4-8 meses	6-12 meses	6-12 meses	6-12 meses	6-8 meses
Edad en meses de introducción	9	12	9	7	9	12	9	12
Grado de aceptación	2	3	3	3	3	2	3	1

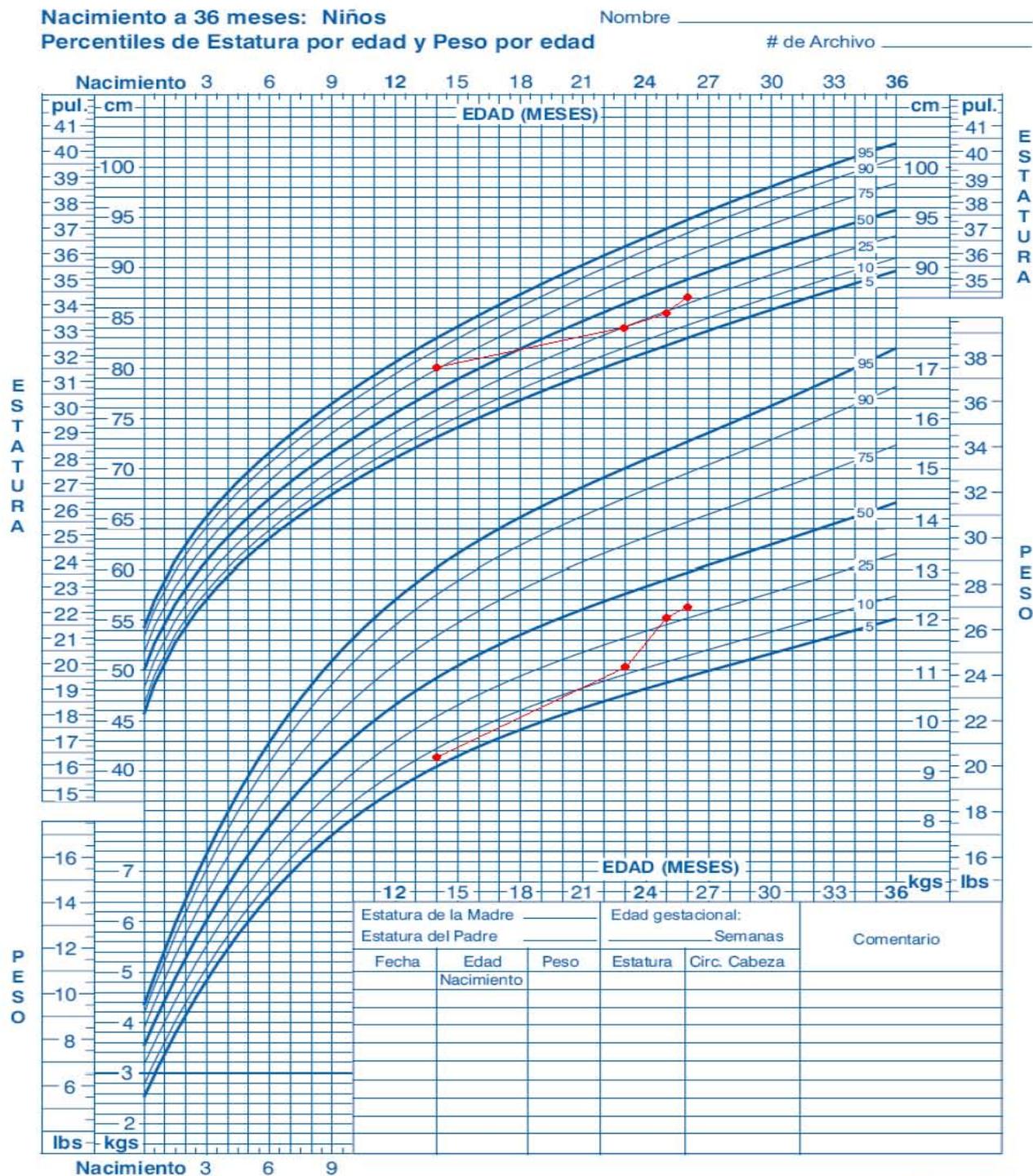
En principio, la tabla 20 denota que se consumen todos los grupos alimenticios, por lo que se considera una alimentación balanceada. En cuanto a la edad de introducción de los alimentos se evidencia que existen ligeros desfases; en el cereal de 1 mes, en la fruta de 8 meses, en los cítricos de 1 mes y en el yogurt y/o quesos de 4 meses. Por otro lado, la introducción de huevo, carne roja, pescado y pollo fue adecuada. En referencia al grado de aceptación por parte del niño encontramos que se suele encontrar resistencia al consumo de vegetales, yogurt y queso. Se puede considerar que el periodo de ablactación fue ligeramente inadecuado, lo que puede relacionarse con el rechazo a los alimentos que presenta el niño.

La comparación del consumo promedio antes y después de la intervención presentó un decremento de 0.571 kg a 0.165 kg.

Indicadores antropométricos.

La edad inicial del participante fue de 20 meses, el peso inicial fue de 9.285 kg y su estatura 80 cm, la medición inicial indicó que el menor presentaba una “insuficiencia ponderal leve” que mantuvo hasta los 23 meses. Presentó una recuperación en las siguientes dos mediciones (25 y 26 meses) pasando de un estado de “desnutrición leve” a obtener un “peso promedio”.

En cuanto a la longitud presentó inicialmente una estatura adecuada para la edad. Al igual que en el peso, la estatura tuvo un incremento constante sin embargo, el índice de estatura para la edad tuvo un decremento a los 23 y 25 meses. En la última medición a los 26 meses se mantuvo con una estatura promedio. El desarrollo de su estado nutricio puede observarse en la figura 4.



Publicado el 30 de mayo del 2000 (modificado el 20 de abril del 2001).
 FUENTE: Desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud (2000).
<http://www.cdc.gov/growthcharts>



Figura 4. Desarrollo de estado nutricio del participante

Estrés de crianza.

Se presentan las diferencias en las respuestas de los ítems en el instrumento de IEP antes y después de la intervención.

Tabla 21. *Respuestas del Índice de Estrés Parental modificado del cuidador*

PREGUNTA	PRETEST	POSTEST
1.- Mi hijo es tan activo que me cansa.	5	5
2.- Comparado con otros niños, mi hijo tiene más dificultades para concentrarse y poner atención en lo que está haciendo o en lo que se le pide.	2	2
3.- Mi hijo es mucho más activo que otros niños (es inquieto)	3	4
4.- Mi hijo hace cosas que me hacen sentir orgullosa de él.	5	5
5.- Cuando mi hijo juega casi no se ríe (es seco).	5	2
6.- Mi hijo aprende más lento que otros niños.	1	1
7.- Mi hijo es capaz de hacer las cosas que yo espero de él.	5	5
8.- Yo me siento capaz de cuidar y controlar a mi hijo.	5	5
9.- Conforme mi hijo ha crecido y es más independiente, me preocupa más que se lastime o se meta en problemas.	2	2
10.- Es fácil para mi entender lo que quiere o necesita mi hijo.	2	1
11.- Cuando pienso en mi comportamiento como madre me siento mal e inconforme.	3	3

Nota: Escala 1= nunca 2= casi nunca 3= a veces 4= casi siempre 5= siempre

Como se puede observar en la tabla 21, la cuidadora percibe que después de la intervención el niño es “poco más” activo que otros niños, mientras que antes de la intervención se le percibía “a veces” más activo. Igualmente, antes de la intervención se percibía que el niño “nunca” reía mientras jugaba y después de la intervención se percibió que “casi siempre lo hacía”. Por último, la cuidadora se percibe “poco menos” capaz de entender los deseos y necesidades de su hijo.

En resumen, los cambios en la percepción suelen favorecer al niño pues se le considera más activo y risueño, mientras que el cuidador se considera menos receptivo a los deseos y necesidades del infante.

Condiciones relativas a la práctica alimentaria.

Tabla 22. Frecuencia de Respuestas, Duración Total y Duración Relativa promedio pretest/postest en las conductas, vocalizaciones y afectos para el cuidador

Cuidadora Díada 4	Categorías:	Frecuencia de Respuestas Promedio		Duración Total Promedio		Duración Relativa Promedio	
		PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
Presentación/ Consumo	BOCA SÓLIDO	1.33	4.5	0.81	5.22	0.22	0.55
	BOCA LIQUIDO	0.33	0	0.013	0	0	0
	RETRACTA	4.66	5.5	32.88	11.04	8.68	1.21
	CAMBIA	1.33	1.5	7.82	2.34	2.16	0.22
	INTERRUMPIR	0	1.5	0	6.26	0	0.62
	LLAMAR ATENCIÓN	0	4.5	0	18.88	0	1.82
	OBSERVAR	12	58.5	97.06	428.08	21.46	46.115
	PREPARAR	28	72	249.70	379.64	62.28	40.225
	OTRAS	1.33	10.5	27.89	87.28	5.16	9.18
Vocalizaciones	SOBRE ALIMENTO	1.33	6.5	19.93	15.98	5.24	1.68
	PROPIEDADES ORGANOLÉPTICAS	0.33	0	0.4	0	0.11	0
	SOBRE CONDUCTA	18.66	45	170.53	265.88	44.03	27.985
	OTRO TEMA	3	20.5	74.6	160.96	14.40	17.745
	OTRAS	5.33	25.5	37.74	98.64	7.95	10.41
	VOCALIZACIONES NO VOCALIZACIÓN	20.33	61	131.01	397.3	28.22	42.155
	Afectos	IMPACIENCIA	0	0	0	0	0
POSITIVO	10	29.5	110.50	139.96	27.83	14.22	
TRANQUILA	29	129	301.02	798.8	72.15	85.77	

Nota: Los datos en negritas indican una variación de 1.5 en Frecuencia de Respuesta (FR) y un cambio mayor al 30% en Duración Total (DT) y Duración Relativa (DR).

En la tabla 22 se muestran cambios comportamentales asociados con un estado nutricional adecuado, el cuidador; llamó la atención del niño hacia el alimento (FR y DT), lo observó (FR, DT y DR) y le preparó la situación de alimentación más veces y durante mayor tiempo, asimismo se retractó en menor cantidad de tiempo (DT). Respecto a las verbalizaciones, se hallaron sólo dos variaciones; podemos notar que el cuidador habló más veces sobre el alimento y la conducta, y mayor tiempo sólo sobre el alimento (aunque los resultados de DR y DT discrepan).

Finalmente, encontramos que la cuidadora se mostró, en gran medida, más tranquila y con mayor afecto positivo (según FR y DT para ambas categorías).

En cuanto a la modificación de comportamientos asociados con un estado nutricional inadecuado encontramos que el cuidador; aumentó la frecuencia y el tiempo en general en que alimentaba al niño(a) en la boca, interrumpió la ingesta de alimentos, preparó menos proporción de tiempo la situación de alimentación y efectuó otras actividades en mayor medida, además de cambiar menos los alimentos (según DT y DR). También, habló menos sobre el alimento (DR) incrementó la emisión de otras vocalizaciones (FR y DR), habló más sobre otros temas y guardó mayor silencio (FR, DT y DR). Igualmente, según el registro de Duración Relativa hubo un decremento del afecto positivo.

Tabla 23. Frecuencia de respuestas, Duración Total y Duración Relativa promedio pretest/posttest en las conductas, vocalizaciones y afectos para el niño

Niño(a) Díada 4	Categorías:	Frecuencia de Respuestas Promedio		Duración Total Promedio		Duración Relativa Promedio	
		PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
Presentación/Consumo							
	Si mismo líquido	1.66	4.5	63.34	25.28	1.43	3.215
	Si mismo sólido	21	14	115.22	67.94	14.90	9.19
	Acepta líquido	2	0	18.49	0	1.48	0
	Acepta sólido	21.33	18	79.22	46.96	7.61	6.52
	Pide	0.66	2.5	2.22	9.7	0.24	1.17
	Se distrae	13.66	51	215.35	254.96	22.96	34.55
	No consumo pasivo	37	44.5	528	332.14	45.31	42.155
	Otras	0	3	0	12.22	0	1.85
	Negativa	10	4	49.6	36.08	5.85	1.315
Vocalizaciones							
	Sobre alimentos	0	0.5	0	3.9	0	0.45
	Más alimentos	0	1.5	0	5.84	0	0.045
	Otros alimentos	0	1.5	0	0.44	0	0.725
	Gustos	0	1.5	0	1.56	0	0.23
	Disgustos	1.33	1	22.52	5.06	2.04	0.77
	Llanto	2	0	48.93	0	6.22	0
	No vocalización	90.33	94.5	850.02	771.36	80.65	70.68
	Otras vocalizaciones	13.66	43	152.21	206.76	11.06	27.07
Afectos							
	Agrado	7.33	17.5	114.50	51.5	12.26	7.08
	Desagrado	2.33	0	49.6	0	6.38	0
	Sereno	97.66	124	909.01	709.06	81.34	92.91

Nota: Los datos en negritas indican una variación de 1.5 en Frecuencia de Respuesta (FR) y cambio mayor al 30% en Duración Total (DT) y Duración relativa (DR).

Como se observa en la tabla 23, los comportamientos que presentaron cambios asociados con el aumento de peso y talla fueron los siguientes; el niño(a) bebió más veces por sí mismo y pidió más alimentos (según FR y DT) a la vez que aceptó menos que lo alimentasen en la boca con sólidos y líquidos (según FR y DT), se negó menos a comer (FR, DT y DR) y se mantuvo sin consumir alimento pasivamente por menos tiempo. Referente a las vocalizaciones, el niño realizó comportamientos que anteriormente nunca había presentado; habló acerca de los alimentos (según DT), habló acerca de otros alimentos (según FR), pidió más alimentos e hizo mención de sus gustos (según FR y DT). Además, expresó

menos disgusto (según DT) y lloró en mucha menor medida (FR, DT y DR). En el caso de los afectos encontramos que en el niño(a) hubo más agrado (según TR), menos desagrado (según FR, DT y DR) y se mostró más sereno (según FR).

En cuanto a las modificaciones asociadas a la desnutrición presentadas por este niño(a) encontramos que; comió menos sólidos por sí mismo (según FR, DT y DR), bebió menos por sí mismo (DT), se distrajo (FR y DR), se mantuvo sin consumir alimento pasivamente más veces y realizó actividades ajenas a la alimentación en mayor medida (según FR y DT). Además, vocalizó menos (según FR) y al hacerlo habló más sobre temas ajenos a la alimentación (según DT y DR). Por último, también mostró agrado menos tiempo (DT y DR).

La modificación de los comportamientos según TR fue de 8 de 18 cambios esperados, según DT fue 9 de 18 y según DR 2 de 18. Para las vocalizaciones encontramos que según FR sólo se lograron modificar 3 de 12 categorías, mientras que para DT fueron 7, de las cuales 6 refieren a comportamientos del infante. En DR no se consiguieron variaciones. En este caso se observa que la intervención provocó mayores variaciones para las verbalizaciones en el niño(a) en comparación con el adulto. Finalmente, para los afectos se registraron 5 de 6 cambios esperados en FR, 3 en DT y 1 en DR. En general, se considera que la intervención provocó mayores variaciones esperadas para el infante que para el cuidador.

Puntuación CuPRE.

Tabla 24. *Puntuación obtenida pretest/postest por el cuidador en el Cuestionario de Práctica Responsiva y Estimulación*

Díada	Categoría:	Puntuación numérica	
		PRE	POST
Cuidadora Díada 4			
	Puntuación total CUPRE.	3	3
	Factor; estimulación a partir del juego.	3	2
	Factor: práctica responsiva.	3	3
	Factor; promoción de competencias.	2	3
	Factor; atención planeada.	3	3
	Factor; disposición.	3	3
	Sumatoria de las categorías	14	14

Nota: Escala: 1; Práctica menos efectiva, 2; Dentro de la norma, 3; Responsividad y sensibilidad adecuada.

Respecto a la puntuación CUPRE antes y después de la intervención hubo pocas variaciones. En general la puntuación final se mantuvo aunque se presentaron dos diferencias; en el factor; “estimulación a partir del juego” se descendió de “responsividad y sensibilidad adecuada” a “dentro de la norma” (de 3 a 2) y en el factor “promoción de competencias” se ascendió de “dentro de la norma” a “responsividad y sensibilidad adecuada” (de 2 a 3). Por ello se considera que los cambios fueron menores y la intervención no manifestó modificaciones importantes.

3.5 Resultados generales

Tabla 25. Cambios comportamentales generales para cada categoría.

CATEGORÍAS	Participante 1			Participante 2			Participante 3			Participante 4		
	FR	DT	DR									
BOCA SÓLIDO	X	X	X	X	X	X	X	X				
BOCA LIQUIDO												
RETRACTA	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X
CAMBIA			X									
INTERRUMPIR							X					
LLAMAR ATENCIÓN		X	X					X	X	X	X	
OBSERVAR		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
PREPARAR					X					X	X	
OTRAS	X											
Si mismo liquido		X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Si mismo sólido	X	X	X		X		X	X	X			
Acepta liquido								X	X	X	X	
Acepta sólido	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	
Pide	X	X	X		X		X		X	X	X	
Se distrae	X	X	X				X					
No consumo pasivo					X							X
Otras												
Negativa				X	X		X	X	X	X		X
SOBRE ALIMENTO		X	X	X	X	X	X	X	X	X		
PROPIEDADES ORGANOLÉPTICAS	X	X	X				X	X				
SOBRE CONDUCTA	X	X	X	X	X						X	X
OTRO TEMA	X	X	X			X	X					
OTRAS VOCALIZACIONES	X	X	X					X				
NO VOCALIZACIÓN	X	X	X				X	X	X			
Sobre alimentos	X	X	X				X	X	X			X

Más alimentos					X	X	X		X
Otros alimentos					X	X			
Gustos	X			X			X	X	X
Disgustos			X			X	X	X	
Llanto			X	X	X				X X X
No vocalización	X								X
Otras vocalizaciones	X		X	X	X				
IMPACIENCIA			X		X				
POSITIVO									X
TRANQUILA	X		X	X					X X
Agrado						X	X	X	X
Desagrado			X	X	X				X X X
Sereno	X		X	X	X	X			X
Total	50		45			55			36

Nota: Mayúsculas indican categorías para el cuidador y minúsculas para el niño(a). Las X marcan un cambio asociado positivamente con un estado nutricional adecuado.

Con base en la tabla 25 se pueden agrupar los resultados en cinco categorías, según mayor número de variaciones esperadas dentro de los tres parámetros registrados:

- Cambio generalizado: “OBSERVA”, “RETRACTA” y “acepta sólido”.
- Cambio moderado: “BOCA SÓLIDO”, “si mismo líquido”. “si mismo sólido”. “pide”, “negativa”, “SOBRE ALIMENTO”, “SOBRE CONDUCTA” y “sobre alimentos”.
- Cambio ligero: “LLAMAR ATENCIÓN”, “acepta líquido”, “se distrae”, “PROPIEDADES ORGANOLÉPTICAS”, “OTRO TEMA”, “OTRAS VOCALIZACIONES”, “NO VOCALIZACIÓN”, “más alimentos”, “gustos”, “disgustos”, “llanto”, “otras vocalizaciones”, “TRANQUILA”, “agrado”, “desagrado”, y “sereno”.
- Sin cambio aparente. “CAMBIA”, “INTERRUMPIR”, “PREPARAR”, “OTRAS”, “no consumo pasivo”, “otros alimentos”, “no vocalización”, “IMPACIENCIA” y “POSITIVO”.

- Sin cambio: “BOCA LÍQUIDOS” y otras“.”

Podemos observar que la intervención fue especialmente efectiva en la modificación de presentación/consumo, pues su presencia es más evidente dentro de las primeras categorías; existen cambios “generalizados” o “moderados” en ocho de las dieciocho conductas. Mientras que ocho presentaron un cambio “ligero” o menor. Y sólo dos no presentaron variación, aunque puede deberse a que fueron comportamientos de baja frecuencia de respuesta desde el inicio.

En el caso de las vocalizaciones podemos decir que la intervención fue “ligeramente” efectiva; nueve de las catorce categorías se encuentran dentro del rango “ligero”, tres categorías presentaron cambios “moderados” y dos no muestran un “cambio aparente”.

Para los afectos el cambio fue menor, de las seis categorías que registraron variación; cuatro refieren un “cambio ligero” y dos se muestran “sin cambio aparente”. Es decir, la intervención se muestra poco efectiva para la modificación de afectos.

En resumen, la intervención es efectiva para la modificación de presentación/consumo, ligeramente efectiva para las vocalizaciones y poco efectiva para los afectos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente estudio tuvo por objetivo diseñar un programa para la modificación de patrones de interacción cuidador-infante durante la alimentación, que se asocian con un estado nutricional pobre y evaluar su efectividad en una muestra de niños con desnutrición.

Por ello se diseñó un programa para promover la ejecución de conductas consideradas promotoras de consumo y disminuir las conductas que lo obstaculizan, todo encaminado a modificar la conducta materna inapropiada hacia una conducta sensible y oportuna que promueva el incremento de consumo alimentario en el menor, y lograr que este esté mejor en relación al peso y la talla.

Como primer paso reportamos que el objetivo ha sido cumplido, sin embargo no se logró el alcance estimado.

El desarrollo de este programa piloto surge como respuesta a la necesidad de diseñar una intervención completa que no simplifique el fenómeno de la desnutrición a una serie de relaciones directas e individuales. Se desarrolló considerando a la desnutrición infantil, el estado en el cual el menor no se ha desarrollado normalmente debido a una alimentación incorrecta o la asimilación inadecuada de nutrientes (Casey, et al., 2006), como el resultado de la interacción entre diversos factores que en conjunto pueden afectar o favorecer la nutrición de un menor (Ortiz-Andrellucchi et al., 2006).

Creemos que, al abordar el estudio de la nutrición se debe tener en cuenta que los factores biológicos o psicosociales no son determinantes ni influyen de manera aislada, sino que en conjunto pueden influir en el estado nutricional; la desnutrición no es uni-causal sino que es el resultado de la interrelación entre diversos agentes (Aboud & Alemu, 1995; M. Black & Creed-Kanashiro, 2012).

Con este tipo de enfoque se hace comprensible la existencia de desnutrición tanto en zonas de pobreza como zonas urbanas, su persistencia aún después de implementar programas enfocados en corregir la deficiencia de macro y micro nutrientes, la presencia de niños con buen estado nutricional entre familias de bajos recursos y viceversa, la presencia de desnutrición en niños con acceso a alimentos adecuados y suficientes (Cortes et al., 2004; Dewey citado en Moore et al., 2006).

La desnutrición no puede ser determinada por la calidad o cantidad de los alimentos disponibles, no sólo es producto de la presentación de hidratos de carbono, proteínas y nutrientes para el consumo del niño, sino que es el resultado de estos factores en conjunto con un contexto favorable o desfavorable que propicie o dificulte el desarrollo (Cortés et al., 2008).

Siendo así, contemplamos que la problemática social que da origen a la desnutrición infantil, posee numerosas condiciones que deben ser tomadas en cuenta al momento de plantear soluciones. En la presente investigación, estas condiciones han sido identificadas y clasificadas en: 1) carencia de los alimentos, 2) condiciones biológicas relativas al niño, 3) aspectos psicosociales, 4) prácticas alimenticias por parte de los cuidadores (Cortés et al., 2008) y 5) afectos. Siendo dichos factores los que se asocian a la desnutrición, proponemos que la modificación de los últimos dos, derivará en el decremento de la probabilidad de presentarla.

Muchas de las intervenciones nutricionales (Ortiz-Andrellucchi et al., 2006) se han centrado en asegurar que los niños reciban una alimentación complementaria rica en nutrientes, dejando de lado los comportamientos de la interacción diádica durante la alimentación.

El contenido y las estrategias de intervención que se hemos implementado enfatizaron tres aspectos relacionados con la desnutrición: las creencias acerca del desarrollo, las capacidades del niño y la nutrición; las prácticas de alimentarias por parte de los cuidadores y los afectos. Priorizamos la modificación del

comportamiento y las creencias por ser un factor poco estudiado y que promete aportar mucho a la solución de la problemática (Birch, 1999; Casey et al., 2006; Cortés & Méndez, 2012; Moore et al., 2006).

La base metodológica del trabajo se centró en: a) la observación directa de la diada, considerando características de la interacción como el clima afectivo y la sensibilidad del adulto a reconocer las señales relacionadas con las necesidades de alimentación (Cortés et al., 2004), b) La identificación y clasificación de conductas como promotoras o inhibidoras del consumo de alimento (Piazza et al., 2003) y c) la implementación de estrategias de intervención que, además de considerar los factores biológicos, socioculturales e historia nutrimental del niño, enfatizan el comportamiento del cuidador relativo a la alimentación, sus acciones de cuidado y de protección (Cortés et al., 2004; Cortés et al., 2008).

Juzgamos la eficacia de la intervención en dependencia de su alcance para modificar conductas que obstaculicen el consumo de los infantes. Siguiendo éste parámetro encontramos:

Primero, correspondencia entre los datos recabados y algunas características que se asocian a la desnutrición, por ejemplo; la mayoría de los niños eran primogénitos, los padres presentaban una escolaridad de media a baja, la percepción del niño no solía ser la óptima, se mantuvo una lactancia materna prolongada, en algunas de las díadas las técnicas de ablactación fueron inadecuadas, en la situación de alimentación se presentaban distractores, se restringía la interacción del niño con el alimento, la presentación de los alimentos no era adecuada a las habilidades motoras del niño, se hacía uso de estrategias intrusivas, la posición del niño imposibilitaba que viera a la cara del cuidador, la estimulación era pobre o poco oportuna, había pocas vocalizaciones, se evidenciaba la impaciencia del cuidador, se hacía uso de estrategias poco efectivas para que el niño consumiera el alimento e incluso se recurría a la fuerza física o a forzar la ingesta, entre otras.

Segundo, que los resultados de la investigación denotan que la intervención logro modificar factores relacionados con la desnutrición; como la percepción del cuidador sobre sí mismo y sobre el niño (según indican las variaciones en las respuestas del IEP modificado), y los comportamientos asociados con un estado nutricional pobre de ambos miembros de la díada (según las categorías usadas para el análisis del comportamiento durante el periodo de alimentación).

Respecto al comportamiento durante la alimentación, encontramos que la intervención es eficaz para la identificación, análisis y modificación de comportamientos asociados con un estado nutricional inadecuado y para el desarrollo de conductas asociadas con un buen estado nutricional. Ya que, independientemente del grado en que se logró tal modificación, todas las díadas mostraron avances en los diferentes ejes lógicos utilizados para el análisis. En específico, según los criterios establecidos, la intervención fue “efectiva” para la modificación de conductas en la categoría presentación/consumo, “ligeramente efectiva” para las vocalizaciones y “poco efectiva” para los afectos.

Respecto a la modificación de patrones de interacción adulto-infante durante la alimentación para el incremento del consumo infantil encontramos que, a pesar de que la intervención se ha considerado “efectiva” para la modificación de comportamientos, la ingesta de los participantes ha sufrido pocas variaciones. Los datos indican que hubo sólo un ligero incremento en el consumo de un infante y, de hecho, tres de los participantes decrementaron su ingesta de alimentos, es decir, la modificación de los patrones de interacción adulto-infante incrementaron el consumo infantil en 1 de 4 participantes. En este sentido, consideramos la intervención como “poco efectiva” para el incremento de la ingesta alimenticia.

Sin embargo, encontramos otro dato interesante, remarcando que el propósito de incrementar la ingesta del alimento es la mejora del estado nutricional en infantes con desnutrición. Se observó que dos de los participantes lograron alcanzar un estado nutricional adecuado. Lo que indicaría que la intervención ha sido efectiva para el mejoramiento del estado nutricional en 2 de 4 participantes.

Estos datos ponen de manifiesto la complejidad del fenómeno de la desnutrición, pues la relación lógica esperada para el programa era; a mayor modificación de comportamientos asociados a un estado nutricional pobre, mayor consumo de alimentos y, por ende, mayor incremento de peso y talla.

En práctica no encontramos la misma relación: a) el programa desarrollado ha logrado modificaciones en el comportamiento asociadas con un estado nutricional adecuado en todas las díadas, b) en sólo una de ellas se ha observado el incremento esperado en el consumo alimentario, y c) dos de los participantes han alcanzado un estado nutricional adecuado después de la intervención.

De acuerdo a estos datos, no hemos hallado una relación directa, para todos los participantes, entre; la modificación patrones de interacción asociados a la desnutrición, el aumento en la ingesta alimentaria, y el aumento en el peso y talla del infante. La pregunta esencial sería ¿por qué la modificación del comportamiento no ha ayudado a todos los participantes a alcanzar un estado nutricional adecuado o porqué solo lo ha hecho en dos de ellos?

La respuesta lógica a tal cuestionamiento sería que; probablemente las díadas que alcanzaron un estado nutricional adecuado son aquellas con mayores modificaciones en el comportamiento. Respecto a ello encontramos lo siguiente: la díada que presentó mayores cambios comportamentales fue aquella que también manifestó una mejora importante en el peso del niño(a) y en el consumo diario, en correspondencia, la díada con menores variaciones muestra menor cambio en el estado nutricional y en el consumo.

Con estos datos habríamos logrado encontrar una correspondencia lineal entre el estado nutricional y el comportamiento durante la alimentación, sin embargo, también se hallaron resultados totalmente opuestos; una díada que presenta grandes variaciones en el comportamiento reportó pocos cambios positivos en el estado nutricional y, viceversa, otra díada con pocas variaciones mostró el incremento esperado en el estado nutricional.

En vista de la disparidad de los resultados, para responder a la interrogante cabrían las siguientes posibilidades:

1) La intervención es efectiva sólo para algunas díadas debido a su mismo diseño. Ya que los resultados han mostrado la efectividad de la intervención para la modificación de comportamientos y la percepción del cuidador acerca de sí mismo y del niño(a), la inadecuación del programa podría referirse a que los cuidadores no han organizado una dieta adecuada, balanceada o equilibrada para los infantes debido a diversas causas, entre las que se encuentran las creencias erróneas acerca de la nutrición del niño(a) o la misma disponibilidad de los alimentos. Sin embargo, aunque la intervención consideró este aspecto no contamos con información que indique su efectividad para lograrlo. Bajo esta lógica supondríamos que los cuidadores de niños que alcanzaron un estado nutricional adecuado modificaron creencias erróneas acerca de la dieta infantil o no lo necesitaban u obtuvieron alimentos adecuados por nuevos medios.

En relación a esto pudimos observar en la diada 3, que presentó una mejora en el peso y talla, la cuidadora se mostraba más interesada e informada, en comparación con la diada cuyo niño presentó un menor avance, su cuidadora reflejaba menor entusiasmo e información sobre el desarrollo y la nutrición infantil, aunque carecemos de un registro de ello. Es así que concordamos con Vera y Domínguez, (1996) quienes sugieren que los conocimientos y las creencias que las cuidadoras posean sobre el desarrollo de los menores y la nutrición posibilitan o impiden un ambiente alimenticio adecuado.

2) El efecto de las variaciones en el comportamiento podría ser más efectivo para algunas díadas. Según esta posibilidad, la desnutrición en las díadas que alcanzaron un estado nutricional adecuado (díadas 3 Y 4) pudo guardar estrecha relación con el comportamiento del cuidador, mientras que en el resto de las díadas la desnutrición pudiera relacionarse más con otros factores no controlados en la intervención como la disponibilidad de alimentos y el acceso a servicios de salud, (díadas 1 y 2). Aunque cabría resaltar que todos los participantes mostraron, en diferentes grados, múltiples correspondencias con las

características sociodemográficas y comportamentales de díadas con desnutrición por lo que aun así cabría suponer la cierta funcionalidad de la intervención.

Una nutrición adecuada requiere de la correcta integración de los componentes, tanto biológicos, comportamentales y sociodemográficos pues de acuerdo con lo reportado por Allen et al. (1992) y Ortiz-Andrellucchi et al. (2006) la disponibilidad de alimentos es primordial para una buena nutrición, aunque se implementen prácticas de alimentación oportunas, en la desnutrición incide una disminución drástica, aguda o crónica en la disponibilidad de nutrimentos, ya sea por ingestión insuficiente, inadecuada absorción, exceso o pérdidas o la conjunción de estos factores. El no contar con los nutrimentos adecuados merma el desarrollo y crecimiento debido a que aunque se presente una buena ingesta, esta puede no ser de calidad.

3) Los efectos de la intervención podrían depender más del grado de variación que del número de variaciones. Es decir, a mayor grado en la variación, mayor efecto sobre el estado nutricional. Esta posibilidad se desprende al observar que en la diada con mayores cambios en el estado nutricional (diada 4) se observan cambios superiores al 400% en las categorías “retracta” y “observa”. Supondríamos, entonces, que las variaciones en el comportamiento de las díadas con desnutrición al final de la intervención no fueron lo suficientemente grandes como para mejorar el estado nutricional.

4) Las variaciones en comportamientos específicos podrían mantener diversos efectos sobre el estado nutricional del infante. Esta posibilidad indica que las categorías de comportamiento consideradas para la intervención mantienen diferentes grados de asociación con la desnutrición para cada caso en particular, es decir, la modificación de un determinado comportamiento es más eficaz para lograr un estado nutricional adecuado que otro. De esta forma, en las díadas con un incremento en el peso (diadas 3 y 4) se logró la modificación de uno o más comportamientos específicos que mantenían gran relación con la presencia de desnutrición en el niño (como “retracta” y “observa”), mientras que en las díadas

que permanecieron desnutridas (diadas 1 y 2) no se habrían modificado significativamente tales comportamientos.

5) Los datos recabados no resultaron ser suficientes para poder atribuir las modificaciones conductuales a la intervención. Por ejemplo, no contamos con registro de las enfermedades presentadas por los infantes durante la intervención, lo que podría arrojar luz sobre la efectividad del programa. Encontramos, aunque no contamos con registro de ello, que a pesar de la mejoría del participante 4 la presencia de enfermedad le hizo bajar súbitamente su peso de “moderado” a “grave”. De hecho, las enfermedades fueron recurrentes en todos los participantes lo que pudo diluir el efecto de la intervención.

6) La desnutrición en algunos niños podría requerir mayor tiempo para lograr su recuperación. De acuerdo con Ortiz-Andrelluci et al. (2006), esta posibilidad indica que la intervención pudo no ser suficiente para lograr la mejora de niños que presentaban un grado de desnutrición mayor o que han sufrido desnutrición por un largo periodo de tiempo (Álvarez et al., 2001). Tal podría ser el caso del participante 2 cuyo estado nutricional desde el principio era inferior al del resto de los participantes y cuya mejoría fue mínima.

7) El efecto de la intervención podría no ser inmediato puesto que la ganancia de peso, aun en adultos, no se da de súbito. De hecho, consideramos que el efecto de la intervención a largo plazo podría ser prometedor puesto que se presentaron cambios comportamentales que requieren de tiempo para su desarrollo, por ejemplo; la mayoría de los niños incrementó el consumo autónomo, por lo que cabría esperar que, en lo que se desarrollan las habilidades de auto alimentación, existiera un ligero descenso en el consumo.

Así, existe la posibilidad de que los niños que presentaron una mejora en estado nutricional simplemente hayan desarrollado ciertas habilidades más rápidamente que los niños que aun presentan desnutrición (Birch, 1999).

8) el análisis de los registros no permite distinguir la modificación en la interacción de la díada. Esta posibilidad indica que a pesar de que se han presentado mejoras en el comportamiento de las díadas, la interacción cuidador-niño aún presenta conductas obstaculizadoras, es decir, el cuidador no responde adecuada u oportunamente a las señales del niño. Según esta posibilidad, la variación en el estado nutricional dependería más de la capacidad del cuidador para interpretar y responder a las necesidades y deseos del niño, que del número de variaciones comportamentales o del grado de las mismas. En dado caso, para este estudio no contamos con un registro de tal complejidad, sin embargo, hemos hallado que las variaciones en el comportamiento del cuidador suelen ser proporcionales o incluso menores a las variaciones en el comportamiento del niño.

Volviendo a la pregunta, ¿por qué la modificación del comportamiento no ha ayudado a todos los participantes a alcanzar un estado nutricional adecuado o por qué solo lo ha hecho en dos de ellos? Encontramos que no existe razón alguna para que se consideren parcialmente correctas las posibilidades anteriores, es decir, el estado nutricional es el resultado de la interacción entre diversos factores (Ortiz-Andrellucchi et al., 2006); así, probablemente para las díadas que alcanzaron un estado nutricional promedio, la interacción entre los factores resultó “favorable”, mientras que para las díadas con desnutrición no lo fue suficientemente. Específicamente, se presentaron las condiciones para que el infante lograra alcanzar un estado nutricional adecuado; la intervención fue acertada en contenido, las variaciones en el comportamiento fueron adecuadas, suficientes y mantenían estrecha relación con la desnutrición, las características del niño le permitieron responder al programa, no se presentaron dificultades adicionales (como carencia de alimentos o enfermedades), el efecto de la intervención fue casi inmediato y la interacción de la díada se dirigió al fomento del consumo de alimentos por parte del infante.

Por último, destacamos otra posibilidad, que hasta el momento se había mostrado implícitamente. Siendo el estado nutricional el resultado de un conjunto de factores en interacción, la modificación en uno de los componentes puede

suponer el cambio completo del sistema y viceversa. Por ejemplo, en la investigación observamos que los cambios en cualquiera de las categorías altera el sistema de interacción de la díada profundamente; mientras que los padres brindaban los alimentos en la boca de los niños en menor medida y les observan más tiempo, los infantes se alimentaban más, pedían más alimentos y se negaban menos a comer.

Este tipo de interacción pudo haber modificado la percepción de las madres sobre sus hijos, lo que explicaría porque al finalizar la intervención las cualidades del niño se percibían más positivamente mientras que las madres se veían menos receptivas, capaces o conformes con su comportamiento. Es decir, el comportamiento de las madres cambio la forma de interacción del niño y su propia percepción acerca del desarrollo. Lo que las instigaría a asumir que su función no sólo se limita a brindar el alimento sino que también incluiría el ayudar al niño(a) a desarrollar las habilidades para alimentarse por sí mismo.

Encontramos que la carencia de estimulación al desarrollo autónomo de los niños durante la alimentación tendría un referente parecido al de las madres Etiópicas (Frankel y Bornstein, citados en Aboud & Alemu, 1995), podría ser que las cuidadoras en la investigación supusieran que los niños aun no eran capaces de alimentarse solos por lo que no dedicaban tiempo a estimularlos para lograrlo, al entrar en la intervención notaron que los niños necesitaban ser estimulados por lo que se dispusieron a modificar sus patrones comportamentales.

También, observamos que la hipótesis de Grantham-McGregor (citado en Aboud & Alemu, 1995) puede ser invertida en las diadas analizadas; mientras que el niño se vuelve más activo (o se le permite serlo), aumenta la calidad y cantidad de interacción madre e hijo, lo que a su vez facilita que la cuidadora sea más responsiva a las demandas del infante dando como resultado mayor interacción sensible.

Esto concuerda con los datos registrados durante las videograbaciones pues, como se mencionó, mientras el cuidador modificaba sus patrones

comportamentales el niño respondía en igual o mayor medida. Sin embargo, estas observaciones pueden quedar en entredicho debido a que durante la intervención no fue posible registrar la interacción secuencial en la diada, por lo que no podemos precisar, si la responsividad del adulto se hizo más sensible a los cambios en el comportamiento del infante.

De hecho, consideramos la interrelación de los factores tan estrecha que incluso la misma desnutrición puede, en sí misma, ser un agente para su perpetuación. Esto es; al estar desnutrido el niño(a) se hace más susceptible a las enfermedades como diarrea e infecciones respiratorias, las cuales a su vez pueden ocasionar que el aporte nutrimental de los alimentos que se consumen no se aproveche, ya sea por la disminución del apetito y/o porque el agente infeccioso interfiere en los procesos de absorción e incorporación de nutrientes en el cuerpo (Cortés et al., 2008). Esto, a su vez, mantendría un efecto en el comportamiento y apariencia del niño, lo que le induciría a mantener menos interacción y estimulación con el medio y con sus cuidadores. La baja demanda del niño podría hacer que el niño se percibiera incapaz de alimentarse por sí mismo, lo que incurriría en que no se le estimulara a hacerlo, y así sucesivamente.

A lo sumo, esta intervención resultó efectiva para lograr la modificación de conductas que en conjunto optimizan el estado nutricional de los menores, sin embargo dicha modificación en el caso de tres diadas no derivó en la mejora de la ingesta de alimento.

Las posibilidades abordadas reflejan que, debido a que no se controlaron todas las variables asociadas a la desnutrición, los resultados obtenidos no pueden atribuirse a un solo factor, por lo que es la principal limitación del presente estudio y asumimos que carece de validez interna por su naturaleza de tipo exploratoria.

Cabe señalar además, algunas cuestiones de tipo metodológicas que explican la inconsistencia de los resultados, primero, el tipo de intervención no fue

estrictamente igual para todas las diadas, a pesar de que el contenido no presento variación, el tiempo entre una sesión y otra fue para todos los casos diferente, esto debido a la dificultad para sincronizar las visitas a los hogares de las cuidadoras. Otra dificultad fue que el tiempo transcurrido entre una sesión y otra presentó variaciones notables, mientras en algunas diadas el intervalo entre una medición y otra fue de un mes, en otros casos llego a ser de dos meses. En esta misma línea, el tiempo transcurrido entre las mediciones de línea base fue notablemente mayor que el tiempo entre transcurrido entre las mediciones tomadas después de la intervención. Una última limitación alude a la carencia de registros secuenciales y en mayor proporción, que permitiesen dar cuenta en mayor medida de los cambios en la tendencia de nuestro objeto de estudio.

Sin embargo como se ha mencionado, este estudio es una primera aproximación y, por tanto, la base para el desarrollo de investigaciones futuras. Los resultados obtenidos reflejan la gran posibilidad de lograr una mejora en el estado nutricio a partir de la modificación de los patrones de alimentación en las diadas.

En resumen, hallamos que:

- La intervención es completa según las categorías de factores asociados a la desnutrición.
- Los registros usados para el análisis de las características y comportamiento de las diadas fueron útiles.
- La intervención fue efectiva para: 1) la modificación de la percepción del cuidador sobre sí mismo y sobre el niño y 2) la modificación de comportamientos asociados con un estado nutricio pobre para ambos miembros de la díada.
- La intervención fue poco efectiva para incrementar la ingesta de alimentos y medianamente efectiva para mejorar el estado nutricio de los infantes.
- Es necesario ampliar los registros de datos para identificar claramente la efectividad de la intervención en sus componentes particulares.

Con base en lo reportado hasta el momento proponemos cinco acciones, con dos propósitos; a) el mejoramiento de la efectividad de la intervención para que los niños alcancen un estado nutricional adecuado, y b) la mejora de los registros para facilitar el análisis de la efectividad de la intervención.

1.- El desarrollo de un sistema de categorías que nos permita identificar numéricamente el riesgo de presentar desnutrición tomando en consideración factores no modificables por la intervención. Proponemos este apartado considerando que los participantes cuentan con características específicas que les sitúan en posiciones diferentes desde antes de iniciar la intervención. El poder identificar el riesgo de desnutrición de antemano facilitaría conocer el alcance real de la intervención, después de todo, entre más factores asociados a la desnutrición se presenten más difícil sería su erradicación. Para tal propósito proponemos los siguientes registros:

- *La ocurrencia de dificultades pre y perinatales* (Black & Creed-Kanashiro, 2012); por relacionarse con afecciones futuras; como menor responsividad por parte del menor (Allen et al., 1992).
- *Estado nutricional actual y su desarrollo anterior.*
- *La condición de padre primogénito* (Cortés et al., 2008).
- *Edad para el destete* (Moore et al., 2006).
- *El grado de aceptación de los alimentos y la edad de introducción* (Birch, 1999).
- *La escolaridad de los padres* (Aboud & Alemu, 1995; Allen et al., 1992; y Cortés et al., 2008).
- *El acceso a alimentos y servicios de salud* (Cortés et al., 2008).

2.- La adición de un nuevo sistema de categorías comportamentales que analice la capacidad de los cuidadores para disponer el “ambiente de alimentación” de una forma que favorezca el estado nutricional del infante. En sí mismo este apartado no es nuevo ya que se contempló durante la intervención, sin embargo, no se llevó a cabo registro de la efectividad de la misma para su modificación. Proponemos se incluyan los siguientes tópicos;

- *La disponibilidad de alimentos*: que se evalué el equilibrio, adecuación en cantidad y valor nutrimental de la dieta de los niños, antes, durante y después de la intervención (Cortés et al., 2008).
- *Variación en alimentos* (Birch, 1999).
- *Alimentación con pecho en edades avanzadas* (Moore et al., 2006).
- *Uso de biberón a edades avanzadas* (Ruel & Menon, 2002).
- *Variación en la presentación de los alimentos* (Birch, 1999; y Moore et al., 2006).
- *Acceso desmedido en el consumo de líquidos* (Moore et al., 2006).
- *Control de posibles distractores* (Moore et al., 2006).
- *Adecuación del alimento a las capacidades motoras del niño* (Cortés et al., 2004; Cortés & Méndez, 2012; Engle, Bentley y Peltó, citados en Moore et al., 2006; y Parkinson, Write, & Drewett, 2004).
- *Facilidad de interacción con el alimento, ambiente no obstaculizador* (Cortés et al., 2004).
- *Presentación de modelos* (Birch, 1999).

3.- El registro continuo del estado de salud del infante (la ocurrencia de enfermedades en el transcurso de la intervención), ya que se encuentra estrechamente relacionado con el estado nutricional (Ortiz-Andrellucchi et al., 2006).

4.- El uso del sistema de las categorías comportamentales (presentación/consumo, vocalizaciones y afectos) y el análisis de secuencias de los datos recabados, de tal forma que permita observar verdaderamente los cambios en la interacción de la díada.

5.- La reproducción del programa usado para la actual intervención poniendo especial énfasis en algunos aspectos que fueron trabajados sólo tangencialmente (alimentación equilibrada, higiene general y de los alimentos, variabilidad de los mismos).

Para la carencia de alimentos. Esperaríamos que se instruyera a los cuidadores para seleccionar una dieta variada, equilibrada, adecuada en cantidad y con los nutrimentos necesarios para el buen desarrollo de los niños (Cortés et al., 2008) y que se diera seguimiento a través de las sesiones.

Para las condiciones biológicas relativas al niño esperamos que se desarrolle un bloque dedicado específicamente a las enfermedades (Ortiz-Andrellucchi et al., 2006), que se dirija a la modificación de patrones de higiene inadecuados y prácticas poco salubres. El cual debe contemplar; las posibles causas de la enfermedad, sus efectos en el estado nutricional, la importancia de la adecuada desinfección de alimentos y la higiene general del niño. La intervención debe considerar también la predisposición genotípica, para mejorar los patrones alimentarios de los padres y de los hijos con el propósito de aminorar la tendencia neofóbica, favorecer la preferencia de alimentos variados y evitar la presencia de aversiones alimentarias aprendidas (Birch, 1999).

Para los aspectos psicosociales. Esperamos que el programa se dirija a modificar las creencias sobre el desarrollo, estimulación, ambiente educativo y necesidades nutricias poco favorables. Que se haga especial hincapié en mejorar la calidad de la interacción que la madre sostiene con el niño como predictor del estado mental futuro del infante (Aboud, & Alemu, 1995), el cual mantiene relación con diversos factores tanto individuales como sociales (Ribes, 2009), por medio del fomento de creencias y expectativas positivas y realistas acerca del desarrollo del infante (Aboud & Alemu, 1995). Que se modifiquen percepciones inadecuadas de la madre; como la carencia de apetito del niño (Wright y Birks, citados en Cortés et al., 2004). Y que se evite la carencia de estimulación (falta de interacción con los padres y el ambiente) derivada de la poca actividad y apariencia del niño desnutrido (Aboud & Alemu, 1995 y Cortés et al., 2004).

Para las prácticas alimenticias por parte de los cuidadores. Esperamos que el programa de intervención se dirija al mejoramiento y desarrollo de habilidades para facilitar el consumo de los infantes (Birch, 1999; Casey et al., 2006). La intervención debe mostrar a los cuidadores la importancia vital de su papel para

incitar a consumir a los infantes; siendo que durante los primeros años de vida ellos son los principales responsables de “crear” el ambiente alimenticio del niño (Birch, 1999), determinando el consumo, la cantidad y el tipo de alimento que el infante ha de ingerir (Cortés & Méndez, 2012; Birch, 1999; Moore et al., 2006). Es decir, se debe convencer a los participantes de que sus acciones en la mesa mantienen gran relación con el desarrollo futuro de los infantes.

Para la disposición del ambiente alimentario, esperaríamos que; se oriente a los cuidadores para brindar alimentos variados con el propósito de incrementar el consumo y la generalización del gusto a otros víveres (Birch, 1999), que se les enseñe; a seleccionar alimentos con alto valor nutrimental, a evitar la lactancia materna insuficiente o prolongada (Moore et al., 2006) o el uso del biberón a edades avanzadas (Ruel & Menon, 2002) y a introducir adecuadamente los alimentos sólidos a la dieta de los menores (Cortés et al., 2004).

También, esperamos que se advierta a los cuidadores que las preferencias alimentarias pueden estar igualmente relacionadas con preferencias táctiles, olfativas y visuales además del gusto (Birch, 1999), por lo que podría ser de utilidad presentar los alimentos de manera creativa en objetos de interés para los niños y controlar posibles distractores con el fin de lograr que la comida sea un mayor atractivo que los aspectos ajenos a la alimentación (Moore et al., 2006).

Se debe instruir a los participantes para que preparen los alimentos tomando en cuenta las capacidades motoras del niño (Cortés et al., 2004; Cortés & Méndez, 2012; Parkinson et al., 2004; Engle, Bentley y Pelto, citados en Moore et al., 2006), para que organicen el ambiente de forma que no se obstaculice la interacción del infante con el alimento (Cortés et al., 2004), y para que presenten modelos de consumo positivos para reducir la neofobia (Birch, 1999). También deben considerar que el consumo del alimento puede ser mayor en dependencia de la persona que lo brinda al niño (Casey et al., 2006) y de su estado afectivo (Greer, Master & Laud y Ramsay citados en Cortés & Méndez, 2012).

Para el ambiente comportamental, esperamos se recomiende; que los padres no utilicen “estrategias intrusivas” por temor a que los niños se lastimen, se ensucien o por considerarlos incapaces (Black & Creed-Kanashiro, 2012). Que se siente al niño de tal forma que la posición le permita mantener contacto cara a cara con el cuidador y tener libre acceso a los alimentos, que se preste atención a lo que el niño ingiere y se le estimule a consumir más, que no se ofrezcan primero los líquidos (Moore et al., 2006), que el cuidador se oriente verbalmente hacia el niño y le hable acerca de las propiedades organolépticas y nutritivas del alimento (Birch, 1999), que no se alimente al niño en la boca cuando pueda hacerlo por el mismo (Cerro et al., 2002), que no se “recompense” a los niños por comer con dulces u otros alimentos preferidos (Birch, 1999).

Creemos también que podría ser de gran utilidad adiestrar a los padres para hacer uso de tratamientos operantes para incrementar el consumo de sus hijos (Piazza et al., 2003; Casey et al., 2006), que; en caso de presentarse de conductas indeseables al momento de comer se les incite a usar el procedimiento de extinción (Piazza et al., 2003), no se permita al niño escapar o evitar el alimento después de la negativa a comer (Casey et al., 2006), no se recurra a la fuerza física, amenazas verbales o forzar la ingesta (Moore et al., 2006) para no generar en el niño aversión hacia el contexto de alimentación (Piazza et al., 2003), se ponga atención ante episodios donde el menor presente saciedad o falta de interés hacia los alimentos, se anticipen rechazos utilizando estrategias efectivas como reforzar la ingesta por medio de “estímulos”, se evite la interacción demasiado lenta, rápida o sobre-estimulante y se mantenga una interacción física frecuente (Black & Creed-Kanashiro, 2012).

Sobre todo, esperamos que el enfoque de la intervención guíe a los cuidadores para estimular y ayudar al niño a tener un comportamiento activo (Dewey, citado en Moore et al., 2006). Recalcando que no sólo se debe permitir que el niño actúe, sino que es aconsejable incitarle a iniciar la interacción y a mantenerla atendiendo a su comportamiento rápida, apropiada y consistentemente, tomando en consideración sus necesidades, hablando y respondiendo en todo momento a sus vocalizaciones, con el fin de propiciar una

interacción eficiente que favorezca el desarrollo del infante ya que una actitud pasiva está asociada al menor consumo de alimentos (Moore et al., 2006). El responder a las señales explícitas del niño refuerza el uso de las mismas, lo que trae como consecuencia que se proporcionen señales claras hacia el cuidador (Black & Creed-Kanashiro, 2012).

Para los afectos. A pesar de que no se ha encontrado una relación directa con el estado nutricional (Dune et al., 2007), esperamos se recomiende que los cuidadores presenten un estado “positivo” ya que la responsividad se ve mermada por la presencia de estrés parental, el cual juega un papel importante en el establecimiento de conductas afectivas que el cuidador tiene hacia el menor, como: las rutinas de higiene, seleccionar y preparar alimentos adecuados, prevenir accidentes y establecer condiciones ambientales estimulantes para el niño (Cortés & Méndez, 2012). Además, el estrés facilita que el cuidador brinde menos atención al menor, se muestre impaciente, con poco entusiasmo y dirija un menor número de verbalizaciones, es decir, sea menos responsivo o responda de una forma inadecuada (Greer, Master & Laud y Ramsay citados en Cortés & Méndez, 2012).

Consideramos que la investigación ha sido de gran ayuda pues nos ha brindado información acerca de la desnutrición así como medios para desarrollar un programa más completo que la considere como un fenómeno complejo dependiente de múltiples factores en interacción. Reiteramos, que el éxito que se tenga al combatir la desnutrición guarda relación con las características específicas de cada caso particular por lo que resulta fundamental realizar una valoración de las condiciones en las que se desenvuelve la diada; para ello, aunque la utilización del sistema de categorías resulta funcional para la identificación de conductas obstaculizadoras y promotoras del consumo, recomendamos el uso de otros registros que caractericen a la diada y que arrojen información de la relación de los múltiples factores con la desnutrición.

Finalmente ponemos a consideración el desarrollo de una estrategia multidisciplinaria que contemple la nutrición adecuada del niño, su salud general y

los patrones comportamentales que mantiene con sus cuidadores a la hora de alimentarse.

A largo plazo, una vez desarrollado un programa capaz de identificar el riesgo nutricional de los infantes para presentar un estado nutricional pobre, sostenemos la posibilidad de desarrollar programas oportunos o incluso preventivos a gran escala. Recordemos que entre más pequeño sea el niño(a), más constante y mayor sea el grado de desnutrición mayor será la dificultad para erradicarla y mayores serán sus efectos. Consideramos que las intervenciones para combatir la desnutrición son de primera necesidad tomando en cuenta que no solo afecta la salud actual del infante sino que pone en entredicho todo su desarrollo futuro.

Consideramos la intervención como un paso adelante para erradicar este terrible mal y como un medio para mejorar la calidad de vida futura de los infantes. La información reportada puede ser útil para el desarrollo de intervenciones futuras que busquen prevenir la desnutrición y atenuar sus efectos en el desarrollo.

BIBLIOGRAFÍA

- Aboud, F. E., & Alemu, T. (1995). Nutrition maternal responsiveness and mental development of Ethiopian children. *Soc. Sci. Med*, 41 (5), 725-732.
- Allen, L. H., Backstrand, J. R., Chavez, A., & Pelto, G. H. (1992). Functional Implications of Malnutrition. Mexico Project Final Report. *Universiy of Connecticut and Instituto Nacional de la Nutricion Salvador Zubirdn*, 301.
- Álvarez, R. F., Urra, L. R. C., & Aliño, M. S. (2001). Repercusión de los factores de riesgo en el bajo peso al nacer. *Ministerio de salud pública*, 14 (3), 117-124.
- Birch, L. L. (1999). Development of food preferences. *Annual Review of Nutrition*, 19, 41-62.
- Bithoney, W. G., Van Sciver, M. M., Foster, S., Corso, S., & Tentindo, C. (1995). Parental stress and growth outcome in growth-deficient children. *Pediatrics*, 96(4), 707-711.
- Black, M., & Creed-Kanashiro, M. H. (2012). How to feed children? healthy eating behaviors starting at childhood, *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 29(3), 1-6.
- Casey, S. D., Cooper-Brown, L. J., Wacker, D. P., & Rankin, B. E. (2006). The use of descriptive analysis to identify and manipulate schedules of reinforcement in the treatment of food refusal. *Journal of behavioral education*, 15 (1), 41-52.
- Cerro, N., Zeunert, S., Simmer, K. N., & Daniels, L. A. (2002). Eating behaviour of children 1.5-1.3 years born preterm: Parent's perceptions. *Journal of Paediatric Child Health*, 38, 72-78.

- Chávez, Z. M., Madrigal, F. H., Villa, R. A., & Guarneros, S. N. (2003). Alta prevalencia de desnutrición en la población infantil indígena mexicana. Encuesta nacional de nutrición 1999. *Revista Española de Salud Pública*, 77 (2), 245-255.
- Cortés, A. M., & Méndez-Lozano, S. M. (2012). Estrés parental, interacciones diádicas al comer y desnutrición en el periodo de alimentación complementaria. *Journal of behavior health social issues*, 3 (2), 113-125.
- Cortés, A. M., Romero, P. S., Hernández, R. C., & Hernández, R. P. (2004). Estilos interactivos y desnutrición: sistema de observación para la detección de riesgo en el infante. *Psicología y salud*, 14, 57-66.
- Cortés, A., Romero, P. & López, M. (2008). Desnutrición y desarrollo infantil: evaluación de factores de riesgo ambientales y de historia de salud. *Psicología y salud*. 8(1), 69-80.
- Dunne, L., Sneddon, H., Iwaniec, D., & Stewart, M. (2007). Maternal mental health and faltering growth in Infants. *Child Abuse Review*, 16, 283-295.
- Fernández, S. B. C., Gutiérrez, G. T., & Viguri, R. U. (2012). Principales causas de mortalidad infantil en México: tendencias recientes. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 69 (2), 144-148.
- Grantham-McGregor, S., Powell, C., Walker, S. & Himes, J. (1991). Nutritional supplementation, psychosocial stimulation, and mental development of stunted children: The Jamaican study. *Lancet*, 338, 1-5.
- Graves, P. L. (1978). Nutrition and infant behavior: a replication study in the Katmandu Valley, Nepal. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 31, 541-551.

- Hernández, R. S., Fernández, C. C., & Baptista, P. L. (1991). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Moore, A. C., Akhter, S., & Aboud, F. E. (2006). Responsive complementary feeding in rural Bangladesh. *Social Science & Medicine*, 62, 1917-1930.
- Ortiz-Andrellucchi, A., Peña, Q. L., Albino, A., Mönckeberg, B. F., & Serra-Majem, L. (2006). Desnutrición infantil, salud y pobreza: intervención desde un programa integral. *Nutricion hospitalaria*, 21(4), 533-41.
- Parkinson, K., Write, C., & Drewett, R. (2004). Mealtime energy intake and feeling behavior in children who fail to thrive: a population- base- case-control study. *Journal of Child Psychology and Psysiquiatry*, 45 (5), 1030-1035.
- Piazza, C. C., Fisher, W. W., Brown, L. A., & Shore, A. (2003). Functional analysis of inappropriate mealtime behaviors. *Journal of applied behavior analisis*, 36 (2), 187-204.
- Pollitt, E., Golub, M., Gorman, A., Grantham-McGregor, S., Levitsky, D., & Schürch, B. (1996). A reconceptualization of the effects of undernutrition on children's biological, psychological, and behavioral development. *Society Policy Report of the Society for Research in Child Development*, 10 (5), 1-22.
- Ribes, E. I. (2009). La personalidad como organización de los estilos interactivos. *Revista Mexicana de Psicología*. 26 (2), 145-161.
- Rivera, D. J. A., Cuevas, N., González, T. C., & Shamah, T. L. (2012). Encuesta Nacional de Nutrición 2012. Evidencia para la política pública en salud. *Centro de investigación en nutrición y salud. Instituto nacional de salud pública. México*, 1-4.

- Ruel, M. T., & Menon, P. (2002). Child feeding practices are associated with child nutrition status in Latin America: Innovative uses of the demographic and health surveys. *Journal of Nutrition, 132*, 1180-1187.
- Ruel, M. T., Menon, P., Habicht, J. P., Loechl, C., Bergeron, G., & Pelto, G. (2008). Age-based preventive targeting of food assistance and behavior change and communication for reduction of childhood undernutrition in Haiti: a cluster randomized trial. *The Lancet, 371*, 588-595.
- UNICEF (2008). Alimentación y nutrición del niño pequeño. *Organización panamericana de la salud*, 1-119.
- Vera, N. J. A., & Domínguez, M. (1996). Relación entre el autoconcepto de la madre y estimulación de niño en el hogar de la zona rural en el norte de México. *Revista sonorensis de psicología, 10* (1), 13-19.

ANEXOS

Anexo 1

Psicoeducación 1

Contiene la explicación sobre las consecuencias de la desnutrición infantil a corto, mediano y largo plazo, utilizada para la intervención.

Actividad 1: toma y registro de peso y talla del menor.

Objetivo 1: tomar las medidas antropométricas del menor para llevar un registro y seguimiento de su desarrollo físico.

Materiales o instrumentos: laptop, presentación power point, tablas de apoyo, bascula Tanitia, infantometro.

Para todos los participantes

Procedimiento de la actividad: al comienzo de la sesión y a manera de introducción, los expositores se presentaron ante el cuidador de la diada; haciendo mención de sus nombres e indicando que realizarían la función de expositores durante las posteriores visitas a su domicilio.

Con el fin de obtener las medidas del menor, se solicitó al cuidador su colaboración para colocar al infante sobre la báscula de tal forma que se siguieran las recomendaciones para estimar el peso: el niño debe estar con ropa ligera, sin calzado y con la menor actividad física posible. Una vez cumplidos los requisitos, el cuidador colocó al menor sobre la báscula y los expositores registraron el peso. Posteriormente se llevó a cabo la medición de la estatura, para lo cual se llevaron a cabo las siguientes indicaciones: el niño debe estar sin calzado, recostado sobre el estadiómetro en una posición recta estirando las piernas y tratando de que estas permanezcan pagadas a la superficie, igualmente se debe evitar el movimiento del menor, cumplidas las indicaciones, se procedió a registrar la medida indicada.

Actividad 2: presentación del contenido del curso y exposición inicial (desnutrición infantil, causas y consecuencias).

Objetivo 2: explicar el propósito general de la intervención, la forma en que se llevarán a cabo las sesiones y actividades; y revisar aspectos relacionados con la nutrición del niño (¿Cuáles son los efectos de la desnutrición sobre el desarrollo y la salud del niño?).

Materiales o instrumentos: laptop, presentación power point.

Una vez que se llevó a cabo la presentación y toma de medidas, se dio inicio a la exposición general de la temática a tratar “la desnutrición”, para ello se instigó al cuidador a participar preguntándole si recordaba alguna información sobre el tema haciendo referencia a la primera presentación, realizada al momento de invitarlos a participar. A partir de la respuesta del cuidador se inició con la exposición; se comenzó haciendo mención sobre la relación entre el estado nutricional del niño y su posterior desarrollo general. En este punto se remarcó el uso de la información que se brindaría a continuación como una herramienta que podría propiciar la mejora del estado nutricional de los infantes. Así, al presentar cada uno de los contenidos generales del curso se mencionó la posibilidad de incidir en el estado nutricional del niño ya sea de forma positiva o negativa por medio del comportamiento que tenemos al alimentarlo o al disponer de la situación de alimentación.

La introducción del tema se dividió en los siguientes subtemas:

a) *Desnutrición infantil.* En esta parte de la presentación se argumentó la importancia de una buena nutrición para fomentar un desarrollo saludable, para ello se indicó la relación salud-alimentación. Se mencionó que la mala nutrición no solo se refiere a un déficit en la ingesta alimenticia sino que también incluye un exceso o desbalance de los nutrientes ingeridos. Así, los posibles problemas de la salud (obesidad, hipertensión, enfermedades del corazón, diabetes, dificultad para respirar, problemas articulares, cansancio o debilidad, anemia, enfermedades de la vista, problemas de piel, propensión a infecciones y desnutrición) derivan de una mala nutrición.

Una vez expresada la importancia de combatir la desnutrición se la definió como “el estado en el que existe un balance insuficiente de uno o más nutrientes y que se manifiesta con un cuadro clínico característico”. Se indicó al cuidador que cuando el niño presenta desnutrición durante la gestación o los primeros dos o tres años de edad puede aumentar el riesgo contraer enfermedades infecciosas además de afectar significativamente el crecimiento y el desarrollo mental. Se le mencionó que la desnutrición temprana tiene efectos adversos a lo largo de la vida pues disminuye el desempeño escolar, aumenta el riesgo de contraer enfermedades crónicas no transmisibles, reduce de la capacidad de trabajo y el rendimiento intelectual. Igualmente, para estimular la participación del cuidador, se preguntó sobre algunos comportamientos que pudiera presentar el niño relacionados con lo mencionado. Se encontraron comentarios que sugieren algunas características que coinciden como la poca actividad y

las enfermedades frecuentes por parte del niño. También se expusieron aquellos factores asociados a la desnutrición, entre los que se pueden citar: la escasa disponibilidad de alimentos y la falta de agua potable (ambos pueden presentarse como características del contexto al cual pertenece la diada). Se expresó que ante tales circunstancias poco o nada puede hacerse de forma inmediata para mejorar la situación, sin embargo, existen otros factores que de la misma forma mantienen un estrecho vínculo con el estado nutricional del niño y en los cuales podemos incidir, podemos encontrar una serie de recomendaciones que pueden tomarse en consideración para mejorar las prácticas de alimentación que refieren a la selección de alimentos, hábitos alimentarios, la presentación de los alimentos y los hábitos de higiene entre otros. Al modificar comportamientos considerados de riesgo por propiciar un estado de desnutrición o integrar conductas “de protección” a los comportamientos habituales del cuidador es posible incidir positivamente sobre el estado nutricional del menor. Se precisó que el fin de las intervenciones posteriores sería la modificación de las prácticas de alimentación por parte de los cuidadores para mejorar el estado nutricional de los infantes.

Estimación de riesgo (Enseñar a los cuidadores el manejo de las gráficas de referencia para ubicar a sus niños y establecer metas de recuperación y control).

b) Identificando el estado nutricional del niño: peso, talla y gráficas de referencia. Durante esta parte de la presentación se mencionaron las características generales de los niños que presentan un grado de desnutrición severa. Para ello se señaló la existencia de dos tipos de desnutrición: proteica y proteico-calórica. Para facilitar la explicación de las características de cada tipo se utilizó un cuadro gráfico y fotografías en cuyas imágenes se mostraban las características físicas generales derivadas de la desnutrición. Se expresó al cuidador que estas características hacen referencia a los casos de desnutrición en niveles graves o severos pero que un niño puede presentar desnutrición aún sin que su apariencia se haga necesariamente notoria, es por ello que el registro continuo de las medidas antropométricas (peso y talla) y su comparación con medidas estandarizadas (peso para la edad, talla para la edad y peso para la talla) se presentan como una herramienta importante para vigilar el estado nutricional del niño. Se expresó que el registro continuo de tales medidas será de utilidad para observar si el crecimiento que presenta el niño es el adecuado o si se presenta alguna dificultad que impida un desarrollo normal.

El tener un registro continuo permite identificar la curva de crecimiento del infante, es decir, si éste se encuentra o no dentro de los límites adecuados según indican los patrones de referencia internacional o en qué grado de peligro se encuentra de presentar desnutrición. Al mostrar la forma en que se grafica el peso y talla de los menores se mencionó a los cuidadores que las “graficas de referencia” indican la curva de crecimiento esperada para la edad y que estas medidas se derivan del promedio de la población mexicana, de acuerdo a las mismas se puede identificar si un niño presenta desnutrición y el grado de la misma. De acuerdo al centil en el que se encuentra el peso o altura del niño se le puede clasificar en: peso normal (del 50 al 90), desnutrición leve (entre el centil 10 y 25), desnutrición moderada (entre el centil 5 y el 10) y desnutrición grave (menor al centil 5). Una vez obtenida la clasificación es necesario tomar medidas adecuadas para mejorar el estado nutricional del infante, según sea el caso.

Para facilitar este proceso se realizó un ejercicio con medidas ficticias y se pidió a los cuidadores que ellos mismo graficaran el estado nutricional del respectivo infante. Dentro de este apartado se señaló que para tomar las medidas de los pequeños es necesario que se siga un procedimiento específico (el mencionado anteriormente), pues de no ser así resultaría inapropiada la estimación del peso y talla por lo que al situar al menor en las curvas de crecimiento éste puede ubicarse en un centil equivoco, lo que por ende indicaría mediciones erróneas y por tanto un tratamiento inadecuado en caso de presentar desnutrición. No llevar el registro de medidas adecuadas del menor representa riesgo pues la señal de alerta no sería detectada a tiempo para poder hacer algo y revertir los posibles efectos de la desnutrición. Así se invitó al cuidador a prestar atención al momento en que se toman las medidas del niño en el hospital para poder prever posibles errores o registros inadecuados.

c) Alimentación adecuada: tipos de nutrimentos, alimentos que los contienen y qué hacen en el organismo. En este apartado se explicó que existen algunos nutrientes específicos necesarios para un óptimo desarrollo de los menores, como el hierro, el calcio y el yodo, nutrientes elementales dentro de una dieta equilibrada. Específicamente, se mencionó que la carencia de hierro podría provocar diversas anomalías al organismo, como la anemia, la cual consiste en la disminución de la cantidad de hemoglobina en la sangre, afectando el transporte de oxígeno a todas las células del organismo. A pesar de que son muchas las causas de anemia la más común es la deficiencia de hierro, también puede ser causada por algunos parásitos como las lombrices o paludismo. En el niño, la anemia por deficiencia en el consumo de hierro puede traer como consecuencias: menor

desarrollo intelectual, alteraciones del desarrollo psicomotriz, retardo del crecimiento físico, disminución de la actividad física, menor concentración, apatía y menor capacidad para resistir infecciones. Además, independientemente de la edad, durante el período en el que el niño padece anemia su capacidad de atención y concentración se ve afectada. Durante los dos primeros años de vida la anemia puede dejar como principal secuela un rendimiento escolar por debajo del nivel de los niños que no han sido anémicos y un menor desarrollo físico. En niños mayores de 2 años, si la anemia es tratada, los daños que provoca son reversibles y no dejan como secuela problemas de aprendizaje.

Por otro lado se mencionó que otro de los minerales necesarios para el correcto funcionamiento del organismo resulta fundamental la presencia de calcio. El calcio (Ca) es el mineral que aparece de modo más abundante en el cuerpo. Su principal función consiste en formar parte de la estructura de huesos y dientes y es precisamente allí donde se concentra en mayor proporción. El pequeño porcentaje restante lo encontramos en sangre, fluidos y tejidos, cumpliendo otras funciones importantes como por ejemplo; interviene en la contracción de los músculos, ayuda a mantener la presión arterial y favorece la transmisión nerviosa y la regulación del latido del corazón. La escasa incorporación de calcio en etapas tempranas, afecta el crecimiento y desarrollo de los huesos ocasionando a corto plazo mayores fracturas y a largo plazo osteoporosis, la cual se manifiesta en la adultez. Consumir las cantidades necesarias de calcio permite que el niño pueda formar y mantener dientes y encías saludables.

En adición, el equilibrio en la absorción del calcio no debe verse aisladamente ya que otros factores como la presencia de vitamina D y las proteínas pueden favorecer o inhibir este proceso. El déficit de vitamina D puede deberse tanto a la carencia alimentaria como a una exposición insuficiente al sol; entre 10 a 15 minutos diarios de exposición a la luz solar de manos y cara es suficiente para proporcionar cantidad adecuada de vitamina D y evitar enfermedades como el raquitismo. Cuando la dieta proporciona una ingesta adecuada de calcio una parte del mineral que se almacena en el hueso se acumula como calcio de reserva y en situaciones donde las necesidades aumentan, como por ejemplo, durante el crecimiento, se extrae el calcio de reserva para cubrir esas exigencias. Cuando la ingesta es deficiente en forma prolongada, no existe calcio de reserva, lo que lleva a extraerlo de la estructura del hueso, originándole defectos. La deficiencia de calcio en el organismo puede producir anomalías en la estructura ósea, tales como osteoporosis, osteomalacia y raquitismo.

De igual forma, la privación de yodo durante la etapa prenatal puede conducir a un estado particularmente adverso para la maduración de SNC y la adquisición de habilidades básicas, ambas necesarias para el desarrollo de comportamientos complejos. La carencia de Yodo conduce a disminución en la actividad endócrina; lo que lleva a una condición conocida como hipotiroidismo que deriva en daño neurológico irreversible y un conjunto de problemas físicos y conductuales se incluye retardo intelectual profundo, presencia de reflejos primitivos, problemas visuales, deformidades faciales y enanismo. Cuando el hipotiroidismo ocurre durante la infancia y la niñez se asocia con lentitud en los movimientos y problemas de lecto-escritura.

Para concluir el apartado se mencionó la necesidad tener un consumo equilibrado de alimentos, ya que a pesar de que un comestible pueda ser muy bueno es indispensable complementar su consumo con productos cuyo contenido ayude a la absorción de nutrimentos (como es el caso del calcio y la vitamina D), pues en ocasiones a pesar de que se consume el alimento, los nutrientes de este no son aprovechados por el cuerpo por necesitar de otros para llevar a cabo procesos de descomposición, absorción e incorporación al organismo. Se atendieron a comentarios, dudas o sugerencias por parte de los cuidadores. Para complementar la información brindada se ofreció al cuidador una tabla con información acerca de una alimentación adecuada; una lista de alimentos ricos en los nutrientes descritos anteriormente, considerados fundamentales para un desarrollo óptimo.

d) Prácticas de alimentación y predisposición genética. Este apartado comenzó con la mención de lo importante que resulta cada etapa en la alimentación para el desarrollo de los menores; ya que una alimentación correcta asegura el balance de nutrimentos que permiten un buen estado nutricional. Se explicó que la lactancia materna, la ablactación y el inicio de la alimentación independiente son tres periodos durante los cuales las acciones que llevan a cabo los responsables del menor determinan en gran medida su estado de salud y desarrollo presente y futuro, esto debido a que la alimentación cambia de requerimientos.

Con ayuda de un gráfico se representó la introducción de alimentos recomendada en dependencia de la edad en meses del menor. Para iniciar la explicación se indicó que la principal fuente de alimentación para el pequeño durante los primeros tres meses es la leche materna pues sus componentes, hasta ese momento, son suficientes para la demanda del organismo del niño, siempre y cuando la madre se encuentre en un buen

estado de salud (cabe señalar que los nutrientes que la madre transmite al niño a través de la leche se encuentran en dependencia de lo que ella misma consume, por lo que si presenta un consumo de alimentos inadecuado los nutrientes que se transmiten al niño pueden ser igualmente inadecuados o insuficientes). Es alrededor de los tres meses que se comienza la ingesta de otros alimentos por parte del menor, las cantidades son pequeñas y principalmente se dan en forma de papillas o jugos; la leche materna continúa siendo el principal alimento. De los cuatro a los ocho meses la ingesta de alimentos sólidos incrementa progresiva y continuamente a medida que el consumo de la leche materna disminuye.

Cerrando ésta etapa con la introducción de alimentos como frutas, verduras, cereales, leguminosas y productos de origen animal. Para los ocho a doce meses el niño puede introducirse a la rutina de consumo diario familiar, es decir, puede empezar a probar la comida que la familia acostumbra comer, aunque la leche materna se sigue consumiendo esto se realiza en menor medida pues los nutrimentos que contiene han dejado de ser suficientes para el desarrollo y crecimiento del menor. La importancia de dicho conocimiento radica en que en ocasiones la introducción de alimentos sólidos se realiza tardíamente provocando en el niño un estado nutricional desfavorable, pues los nutrimentos necesarios a determinada edad para mantener un desarrollo adecuado no se consideran en la dieta del infante y así, se retrasa tanto el crecimiento físico como el desarrollo mental. En diversas investigaciones se ha encontrado que muchos niños en etapa de alimentación complementaria presentan algún grado de desnutrición debido a que su dieta es escasa; basada principalmente en la leche materna que resulta insuficiente en edades más avanzadas. Es por ello que hacia el final del primer año de la vida, el lactante mayor debe empezar a explorar otros alimentos. Se indicó a los cuidadores que aunque 50% de la energía que el niño necesita se deriva del consumo de almidones, es necesario conocer los principios de una alimentación adecuada. Para ello se expuso que la alimentación equilibrada se basa en tres principales grupos de alimentos: frutas y verduras, cereales y tubérculos, leguminosas y productos de origen animal, en cada uno de los grupos se presentaron diversos alimentos representativos y se sugirió a los padres observar si realmente se mantenía una alimentación balanceada en su hogar. También se indicó el número de raciones que se debiesen consumir idealmente al día frutas (2 raciones), verduras (1 ración), cereales tubérculos (3 raciones), leguminosas (1 ración), alimentos de origen animal (1 ración), leche y sus derivados (2 raciones).

Para complementar la información se proporcionó una tabla cuyo contenido señala las raciones adecuadas a cada grupo de alimentos además de varios nombres de alimentos representativos, igualmente se explicó que una forma en la que podemos potenciar el consumo de los infantes es por medio de la variación en la presentación y variedad de alimentos por lo que la tabla podía ser una herramienta útil para conocer alimentos de menor “popularidad” pero igualmente saludables. Además se mencionó que es recomendable que se ofrezcan tres alimentos fuertes al día y dos más pequeños (colaciones) entre éstos, se remarcó la importancia de cuidar el tipo de alimento que se ofrece entre las comidas principales pues es preferible que estos sean frutas, verduras o alimentos cuyo contenido nutrimental complemente la dieta del menor, tratando de evitar o dar en menor medida golosinas o alimentos ricos en azúcar y grasas.

Se comentó a los cuidadores, además, que a la edad de un año las demandas de energía suelen disminuir en relación con las de niños menores y que los hábitos de alimentación cambian debido a un periodo de ajuste normal durante el crecimiento por lo que pueden existir días en que los niños coman mucho y otros donde coman menos. Finalmente, se dio una breve introducción del apartado de “prácticas de alimentación” argumentando su implicación en: la selección de alimentos, la forma de preparación (combinar los productos para elaborar los platillo y las técnica empleadas al cocinar), la forma de presentar el alimento en la mesa y las acciones que se realizan para asegurar que el alimento servido sea consumido; cómo se come, con quién o quiénes se comparte y en qué en qué momento del día son ingeridos los alimentos. Se explicitó que aspectos como los anteriores resultan fundamentales para definir la ingesta de los alimentos del niño y que por medio de la implementación de ciertas estrategias es posible mejorar el estado nutricio de los infantes. Además, se argumentó que los hábitos alimentarios, parte de cada persona, se adquieren a lo largo de toda la vida. La familia condiciona las preferencias hacia determinados alimentos y el rechazos hacia otros; lo que se realiza al momento de ofrecer al alimento, durante el consumo y después de haberlo ingerido son aspectos que, de acuerdo a las características del momento, pueden fomentar o por el contrario inhibir el consumo del niño.

Cada una de las familias tiene “prácticas de alimentación” diferentes, y a su vez cada región comparte algunas pautas alimentarias que conforman hábitos alimentarios regionales. Por ello es muy importante saber reconocer e identificar la existencia de factores que condicionan los hábitos alimentarios, como: la disponibilidad de alimentos (cantidad y tipo de alimentos que hay en una comunidad, una región o en un país),

accesibilidad (posibilidad de adquirir los alimentos), condicionamientos biológicos (son aquellas enfermedades que influyen en la elección, ingesta y/o utilización biológica de los alimentos), consumo de alimentos (acto de ingerir o comer alimentos), tradiciones y creencias (conocimientos o creencias sobre los alimentos y su consumo) además de la publicidad y modas (preferencia por el consumo de un alimento con base en los anuncios publicitarios), valor asignado a los alimentos (el consumo de un determinado alimento puede deberse al valor que se le asigna), neofobia (la neofobia alimentaria es el rechazo a consumir un alimento que se desconoce), etc.

Finalmente se preguntó al cuidador sobre alguna duda o comentario, se agradeció su participación y tiempo, y la sesión se dio por finalizada.

Anexo 2

Psicoeducación 2

Explicación sobre la forma en que la conducta del adulto regula el consumo del niño.

Objetivo: explicar cómo se puede promover una alimentación saludable mediante: (1) estrategias de selección, preparación y presentación de los alimentos en la mesa; y (2) promoción de interacciones positivas en la mesa entre cuidador-niño con el fin de mejorar el estado nutricional del menor.

Actividad: plática (sesión 2): *Prácticas de alimentación: contexto ambiental y comportamental.*

Materiales o instrumentos: laptop, presentación power point, tablas de apoyo.

Para todos los participantes

Descripción de la actividad: al comienzo de la sesión se preguntó al cuidador sobre el estado del niño; si se encontraba bien de salud, si su actividad se ha presentado como regularmente, etc. Posteriormente se le invitó a opinar sobre el contenido del curso y a expresar las dudas que pudiese tener acerca de la sesión anterior. Una vez atendido lo anterior se dio inicio con la segunda parte de la plática. En esta ocasión se habló sobre aquellos factores comportamentales en los cuales se puede incidir, modificándolos de manera positiva para mejorar el estado nutricional del menor. La división de los subtemas se dio de la siguiente forma:

a) Prácticas de alimentación: factor ambiental.

Para comenzar y con ayuda de un gráfico se sugirieron las siguientes recomendaciones para mejorar los hábitos de alimentación: en ocasiones los cuidadores tienen toda la intención de brindar una buena alimentación a los pequeños, pero puede suceder que no se tenga el conocimiento de aquello que el niño debe consumir, para ello, resulta oportuno saber que el menor deberá consumir productos de los tres grupos de alimentos mencionados en la sesión anterior (frutas y verduras, cereales y tubérculos, productos de origen animal y leguminosas), alimentos ricos en fibra, bajos en sal, azúcares y grasas, pues el consumo excesivo de algunos alimentos (entre otros factores) se asocia con futuros problemas de salud como la obesidad (grasas) problemas cardiovasculares (sal) y diabetes (azúcares). Se aconsejó, por lo tanto, ingerir más vegetales y frutas pues su consumo se asocia a un buen estado nutricional debido a que aportan nutrientes esenciales y benéficos a organismos, además de que revierten y protegen al organismo de los efectos negativos de otro tipo de alimentos.

Se explicó nuevamente la importancia de conocer el momento adecuado para brindar los alimentos; dar el alimento tres veces al día, es decir las tres comidas principales (desayuno, comida y cena) y entre estas, ofrecer una colación (en periodos independientes de las comidas principales) cuando los niños pidan alimentos. Se sugiere que se brinden alimentos cuyo contenido nutrimental favorezca la alimentación equilibrada, pues en ocasiones sucede que las colaciones que se brindan a los niños son golosinas (productos con carente contenido nutrimental) o que el menor consume constantemente cantidades pequeñas de determinada colación y al momento de la comida principal su apetito se ha saciado y no come el alimento con mayores beneficios nutrimentales, de tal forma que sólo termina alimentos que ofrecen beneficios insuficientes para su desarrollo. Es por ello que resulta conveniente vigilar lo que el niño consume entre comidas y tratar de proporcionarle preferentemente frutas o verduras en presentaciones atractivas.

Resulta importante además darle de comer al menor en horarios preestablecidos pues esto genera una rutina de apetito y consumo, lo que podría evitar “picoteos” (que coma poquito en diferentes horarios) y propicia que se termine el alimento, pues se asocia el horario con la actividad de comer y no se realiza otra actividad (es común que cuando se carece de un horario específico para realizar una actividad resulte más difícil cumplirla debido a que no se ha desarrollado el hábito). Cuando se establecen horarios específicos el niño tiene la posibilidad de saber en qué momento pedir la comida y resulta probable que dirija su atención a dicha actividad (la “hora de la comida”). Igualmente, no saltarse comidas resulta fundamental puesto que una vez que se tiene horarios, el organismo se habitúa a un ritmo y exige alimento a horas específicas, si el cuerpo no recibe el alimento en momentos adecuados la exigencia se suspende o disminuye hasta el próximo periodo de consumo, este patrón además de causar daños perjudiciales a la salud implica la ruptura del “horario de comida”, lo que se ha asociado con la presencia de desnutrición.

Además, se aconseja que en el momento en que se come no se realice otro tipo de actividades pues ello genera confusión en el niño debido a que no se discrimina la actividad que se realiza en determinado momento (jugar o comer). Llega a suceder que los cuidadores con el fin de que el menor coma, utilizan la “técnica de distracción” dándole un juguete al niño, este comportamiento más que ayudar al episodio de la alimentación puede perjudicar el consumo debido a que centra la atención del niño en aspectos ajenos a la alimentación (se ha encontrado una asociación entre las tácticas de

distracción y el bajo consumo). Se recomienda que si se utiliza algún juguete o distractor de este tipo se use como medio para dirigir la atención del niño hacia el alimento, por ejemplo; representando que un muñequito come o mastica los alimentos y que siente agrado al hacerlo, para que así se fomente el consumo del menor.

Posteriormente, se preguntó a los cuidadores cómo se habría de dar el alimento. La respuesta indica que se debe realizar una variación de alimentos al día, ya que si se le ofrece al menor el mismo constantemente podría fastidiarse y disminuir su consumo en posteriores ocasiones. Se aconseja que se brinde una gama de diversas opciones (del mismo grupo de alimentos) para que así el niño pueda experimentar con cada uno de ellos y a la larga pueda ser él quien elija lo que consumirá, si no se tiene la posibilidad de variar mucho la alimentación entonces se recomienda preparar el alimento en diversas presentaciones (crudo, frito, al vapor, en papilla, dorado, etc.) o combinarlo con otros sabores. El cuidador deberá tratar de que el niño consuma todo el alimento ofrecido utilizando diversas estrategias (generalmente por medio del aumento progresivo de la cantidad), pues esto evitará que en un futuro el niño rechace alimentos nuevos, lo que probabiliza una menor ingesta nutrimental. La forma en que se ofrecen los alimentos deberá ser de manera cordial pues de no hacerlo así se puede generar un ambiente de incomodidad o hasta aversivo para el niño, lo que podría generarle ansiedad y tensión que se reflejan en un menor consumo. Se sugiere que el cuidador mantenga buena disposición para alimentar al menor y, de no ser inmediatamente posible, que espere para alimentarlo hasta que se encuentre de ánimo para hacerlo. Incluso, en caso de que no puedan llevarse a cabo estas recomendaciones es posible delegar la responsabilidad a un familiar o pariente cercano que pueda realizarlo en su lugar (si se cuenta con el apoyo).

También se aconseja dar el alimento de manera calmada pues el apresurar la ingesta se asocia con resultados negativos para el consumo; la impaciencia provoca que el cuidador brinde grandes bocados continuos, la incapacidad del niño de deglutir a tal velocidad no solo termina con su oportunidad de disfrutar el sabor, sentir la textura, oler, masticar y deglutir a su propio ritmo, sino que también le impide el desarrollo de habilidades útiles para la auto-alimentación (el alimentar al niño cuando puede hacerlo por sí mismo se asocia con un pobre estado nutricional) inclusive, el realizar ésta práctica puede generar en el niño la sensación de ahogo, un estímulo aversivo, la cual puede asociarse con el alimento o con la misma situación de alimentación, con la consecuencia del posterior rechazo al alimento.

Cabe mencionar que aunque el menor sea capaz de consumir el alimento por sí mismo, no se lo debe dejar a solas esperando a que coma pues aún necesita de la ayuda y estimulación por parte del adulto, además de la vigilancia para asegurarse que termine todo el alimento o la mayor parte de este. Asimismo, el lugar donde se consumirán los alimentos debe ser preferentemente fijo, con el fin de que se cree una asociación entre el lugar y el momento de comer; deberá ser un espacio limpio y en condiciones de higiene adecuada, donde no haya televisor o computadora funcionando, pues se ha comprobado la existencia de una relación negativa entre el consumo del niño y su presencia, probablemente debido a que funcionan como distractores impidiendo un consumo adecuado por parte del menor. Si es la primera vez que se realiza el consumo de un alimento resulta aconsejable que su introducción se de en forma gradual, sin forzar. Si al inicio se presenta rechazo, resulta oportuno hablar acerca de las características del alimento y los beneficios que trae su consumo al desarrollo en diferentes áreas. Otra forma en la que se puede propiciar el consumo es presentar el alimento nuevo en conjunción con otro que sea de la preferencia del niño.

b) Predisposición genética: desarrollo de preferencias.

La predisposición genética hace referencia a la preferencia innata por un sabor además de otras tendencias, lo que significa que desde el nacimiento tendemos a seleccionar ciertos alimentos sobre otros disponibles independientemente del aprendizaje. La preferencia hace alusión al “gusto” como base para la selección, aunque es solo uno entre otros muchos factores que pueden influir en la elección de los alimentos. Existen predisposiciones genéticas que originalmente constriñen las preferencias por un alimento: I) La predisposición a preferir alimentos dulces y salados, y a rechazar los agrios y los amargos, II) La predisposición a rechazar nuevos comestibles (neofobia) y a preferir con base en la experiencia de consumo y, III) La predisposición a aprender preferencias por asociación del alimento con el contexto y las consecuencias del consumo.

La primera parte de la exposición versó sobre cómo se pueden superar los rechazos iniciales y desarrollar preferencias. Se explicó que los datos sobre las preferencias iniciales sólo representan una pequeña contribución al entendimiento del consumo de alimentos en infantes. Otros conocimientos como; 1) el papel de la experiencia para su modificación, 2) que los alimentos son sistemas complejos que, además del sabor, proporcionan otro tipo de estímulos como el olor y textura que afectan

la preferencia y, que 3) las respuestas básicas tienen un componente no aprendido que puede responder a la detección de nutrimentos necesarios, pueden ser igualmente funcionales para que los infantes tengan un consumo adecuado de nutrientes.

Las tendencias innatas como la neofobia, referida al rechazo a comer alimentos con los que no se ha tenido la experiencia de consumo, pueden ser modificadas mediante: el ofrecimiento repetido de alimentos “nuevos” (lo cual reduce la tendencia neofóbica en todas las edades); la ingesta por la madre de una variedad de alimentos (debido a dos causas; la transmisión de sabores nuevos al producto durante el embarazo y lactancia, y el modelamiento de la conducta alimentaria); la presentación de otros modelos (niños mayores y adultos cercanos, como medio para reducir el rechazo a alimentos nuevos) y, el conocimiento sobre el gusto de la comida (si alguien importante para el niño le indica que un nuevo alimento es sabroso, es más probable que el niño lo pruebe que si sólo se le indica que es bueno para su salud), etc.

c) Prácticas de alimentación factor comportamental.

Finalmente, se hizo mención del factor comportamental, la importancia que guardan las interacciones cuidador-niño en el contexto de la alimentación. Estas tienen un papel importante en el establecimiento de preferencias; las prácticas que realizan los adultos para controlar la ingesta del niño son efectivas en dependencia de las asociaciones que se establezcan. Se explicaron los principios del condicionamiento operante de forma simple para que los cuidadores fueran capaces de identificar aquellos patrones conductuales que pudieran dificultar el consumo de los infantes o establecer nuevas formas de interacción que propicien una mayor ingesta de alimentos. Igualmente se les informó acerca de los resultados de algunas investigaciones sobre la efectividad de las estrategias que usualmente utilizan los padres al alimentar a sus hijos: 1) cuando un alimento se utiliza como recompensa tiende a desarrollarse preferencia por él, 2) cuando se recompensa al niño por consumir un determinado alimento, éste no será preferido y, 3) si un alimentos se restringe por considerarlo “malo”, éste tenderá a incrementar su valor y será preferido por el niño cuando se tenga libre acceso a él.

Además existen factores que contribuyen al desarrollo de preferencias: por ejemplo, la historia ambiental compartida con los padres, la similitud con los padres en cuanto a la sensibilidad a sabores, el grado similar de culturización con respecto a los alimentos y el comer, etc.

La exposición enfatizó en la explicación de cada punto que se menciona a continuación sugiriendo que además de la genética, el medio quien juega un papel importante en el desarrollo de preferencias alimentarias. Algunas recomendaciones, de modificación del tipo de interacción entre los cuidadores y el niño, que puede influir positivamente en el consumo del alimento servido en la mesa son las siguientes:

- Establecer una interacción física frecuente.
- Dar una respuesta rápida, consistente y apropiada a la percepción de las necesidades del niño.
- Hablar y responder a las vocalizaciones del niño mientras se le carga, se está cerca de él ó cuando se está lejos.
- Mirar al niño a los ojos.
- Sonreírle como demostración de afecto y tener un comportamiento amable.
- Permitir que el niño inicie o guíe la interacción.
- Evitar la interacción que resulta demasiado lenta o demasiado rápida y sobre-estimulante.
- Dar instrucciones claras.
- Premiar logros.
- Reprender sin brusquedad, aspereza o severidad.
- Evitar formas de control cuyo único objeto sea demostrar la autoridad sobre el niño.
- Crearle un ambiente físico estimulante.

Otras recomendaciones fueron:

- El cuidador debe hacerle compañía al niño durante la comida.
- No servir y alejarse esperando que el niño consuma el alimento.
- Sentar al niño en una posición que le dé libertad para manipular el alimento, los utensilios y para ver el rostro de su cuidador.
- Prestar atención a lo que el niño ingiere y estimularlo a que consuma el alimento.
- Prestar atención a las señales del niño cuando indican que un alimento le desagrada o cuando ya está saciado.
- No ofrecer primero los líquidos porque el niño se saciará antes de consumir los alimentos con mayores beneficios nutrimentales.
- Cuando el horario lo permita, el niño debe comer junto al resto de la familia. Los integrantes fungen como modelos de consumo de los platillos familiares.
- Hablar con el niño, sobre el alimento u otros temas, y responder a sus vocalizaciones.

- Alentar al niño a comer con muestras positivas de afecto.
- No mostrar impaciencia ni forzar al niño a consumir rápido el alimento servido.
- Mantener la interacción con entusiasmo, una actitud pasiva está asociada al menor consumo de alimentos.
- Cuando el niño aún no puede sostener la cuchara, dar en la boca y esperar a que degluta para ofrecerle otra cucharada.
- Cuando el niño está aprendiendo a utilizar cuchara apoyar sus acciones para que lo vaya haciendo por sí mismo.
- Corregir sin aspereza cuando el niño está comiendo de forma inapropiada.

Al finalizar la sesión se atendieron dudas y sugerencias por parte del cuidador. Además, se le preguntó si podría retomar algún aspecto para modificar su práctica de alimentación con el fin de beneficiar el estado nutricional del menor haciendo uso de la información general que había recibido. Se concluyó agradeciendo su participación.

Anexo 3

Organización del contexto y manejo de contingencias 1

Contiene la retroalimentación brindada a una diada, enseñando principios conductuales, sin dejar de lado los ajustes afectivos.

Con propósitos expositivos incluimos la descripción de la sesión llevada a cabo con una de las diadas; el contenido de las sesiones es el mismo para todos los participantes pero varía en dependencia de las necesidades en instrucción según los registros de video.

Objetivo: brindar retroalimentación con base en los registros de video tomados previamente con el fin de brindar conocimiento que mejore las prácticas de alimentación.

Actividad: retroalimentación con base en el video.

Materiales o instrumentos: laptop.

Díada 2

Descripción de la actividad: al inicio de la sesión se preguntó sobre el estado general del niño; sobre su salud y su comportamiento, luego de que el cuidador respondiese, se procedió a la demostración del registro-video tomado anteriormente durante un episodio de alimentación, se explicó que el fin de tal demostración sería, identificar patrones de alimentación que pudiesen estar fomentando el consumo de alimentos por parte del menor. Igualmente se identificarían algunas otras prácticas que pudiesen estar interfiriendo con el consumo. Al final se sugirió la modificación o implementación de nuevas estrategias que pudiesen mejorar las prácticas de alimentación. A continuación se presenta una descripción general de la retroalimentación brindada por medio de la presentación del video.

Al inicio del video se observó como la madre del niño lo alimentaba con una sopa hecha a base de verduras, ésta misma presentación de alimento es la que se mostró en todos los videos, por lo que se le sugirió que cuidara (variara) la forma en que prepara los alimentos para que de esta forma existiera un menor rechazo por parte del niño. También se le recordó que además de variar la presentación de la comida esta debía contener todos los grupos de alimenticios (no solo verduras), que debía ser higiénica y presentada de forma que atrajese la atención del menor.

Se puso especial énfasis en la introducción de los alimentos sólidos ya que no se había notado ocasión alguna en la que el infante consumiera otra cosa que no fueran licuados, su madre nos comentó que de hecho su hijo no los aceptaba y que la nutrióloga le había sugerido que los consumiera en forma de batidos pero que, sin embargo,

actualmente el niño comenzaba aceptarlos sin mayores complicaciones. Se le respondió que el fomentar este consumo era importante debido a que su hijo se encuentra en edad de incorporarse a la alimentación familiar, es decir, que en este momento no era necesario que preparase una alimentación diferente a la que ella consume. Ella asintió, pero comentó que lo que pudo afectar el estado nutricional de su hijo fue, como le comentamos la sesión anterior, un destete tardío. Nos mencionó que por razones económicas había tenido que alimentar a su hijo mayor tiempo del que se recomienda y que esto era posiblemente la causa de su desnutrición. Le respondimos que a pesar de ser una causa importante existen maneras en las que podemos propiciar el consumo para que tenga un estado nutricional adecuado, por lo que continuamos con la revisión del video.

Al observar el video se le mostró que la mayoría de la interacción se llevaba a cabo en una silla lejos del comedor, por lo que se le recomendó ser consistente, en cuanto a la situación, al momento de alimentar; se le indicó que el mantener espacios y tiempos específicos para el consumo del alimento era un comportamiento promotor del estado nutricional y que esta cualidad podía ser potencializada si el menor observaba a otros hacer la conducta específica en los mismos lugares, ya que las personas cercanas a él pueden servirle de modelo para el buen consumo de los alimentos. Se comentó la posibilidad de consumir los alimentos junto con el resto de la familia, ella nos explicó que así se hacía por lo general aunque intentaría hacerlo con mayor frecuencia.

En otra secuencia de video se observó, al igual que en las sesiones anteriores, que la madre controlaba básicamente todo el comportamiento de alimentación; en el video se ve como el niño simplemente se mantiene quieto, abriendo la boca y mirando hacia arriba, para recibir el alimento que se desliza solo, por ser líquido. Al tratar de tomar la cuchara o simplemente de moverse la madre regaña al niño o lo corrige ella misma, sentándolo o tranquilizándolo para continuar dándole cucharadas en la boca. Se le explicó a la cuidadora que la poca interacción que presenta su hijo es un indicador relacionado con la desnutrición, pero que esto puede ser modificado permitiéndole mayor control sobre la situación de alimentación, se habló sobre la posibilidad de presentar los alimentos de forma que su hijo pudiera manipularlos sin mayor dificultad (en forma de trozos pequeños), o de conseguir utensilios adecuados a las habilidades motoras del niño que le permitan comer, adicionalmente se le dijo a la madre que a pesar de que en principio este tipo de estrategias pueden ser difíciles de controlar, por el desorden que causan los niños, el desarrollo de las habilidades de auto-alimentación muestran ser más

funcionales a largo plazo ya que no sólo se relacionan con un estado nutricional adecuado sino que también facilitarán la alimentación pues solo se hará necesaria la vigilancia en lugar de la instigación.

La cuidadora responde que en ocasiones él se alimenta solo (aunque no en la situación “formal” de alimentación). Posteriormente, después de observar un tiempo la secuencia de video, le hacemos notar que prácticamente no se habla durante la alimentación; las pocas oraciones que hace se refieren a restricciones como: “ven”, “no te bajes”, “no llores”, “párate” y “ahorita te vas”. Le sugerimos que en ocasiones, a pesar de que ponemos un grado adecuado de atención, la carencia de expresión verbal puede hacer que la situación se torne poco atractiva para los niños y que esta puede ser una de las razones por las cuales ellos “huyen” de la comida. Le recomendamos que las expresiones sean más frecuentes y dirigidas a las propiedades organolépticas de los alimentos, las consecuencias del consumo o al comportamiento adecuado, pues este tipo de sentencias se han correlacionado positivamente con un buen estado nutricional. Ella asiente con la cabeza y no hace comentarios al respecto.

Al continuar revisando el video, notamos que esporádicamente el niño señala cosas cercanas a él y que su madre sólo responde en algunas ocasiones. Le comentamos que una manera en la que podemos estimular al desarrollo de los hijos es mediante una respuesta oportuna a las señalizaciones que estos nos hacen, pues al responder a sus indicaciones probabiliza que nos informen acerca de su estado o sus necesidades, además de que estrechamos nuestro “lazo afectivo” con ellos. Por lo que en un futuro será más fácil la alimentación tomando en consideración los comentarios que ellos mismos nos hagan. Se le propuso poner atención a todos los comportamientos indicativos de su hijo de diversas maneras; alentando aquellos comportamientos que considerase adecuados por medio de elogios y consecuencias agradables, ignorando aquellos comportamientos que considere inadecuados, respondiendo o repitiendo aquellas verbalizaciones que el niño haga y en general, retroalimentando todo intento de comunicación que su hijo pudiese presentar. Cabe mencionar que, de entre los niños que participan en el proyecto, él es uno de los que interactúan en menor medida.

Para finalizar, enfatizamos el estado de ánimo de los padres y su habilidad para responder a las necesidades de los niños a la vez que se estimula la autonomía son uno de los principales factores que influyen en el estado nutricional. Se le dijo que la atención y los elogios, que ya presenta durante su interacción, pueden ser más eficaces si se hacen

en momentos adecuados y si se presentan en mayor medida, y que estos esfuerzos que realiza pueden ser recompensados en un futuro no muy lejano con el buen desarrollo que tendrá su hijo, por último, le preguntamos si pensaba que podría aplicar alguna estrategia para estimular el desarrollo de Gabriel, la señora se limitó a contestar que sí.

Anexo 4

Organización del contexto y manejo de contingencias 2

Contiene la retroalimentación dirigida a la modificación del comportamiento del cuidador haciendo uso de un video recién grabado de cada díaada respectivamente.

Con propósitos expositivos incluimos la descripción de la sesión llevada a cabo con una de las diadas; el contenido de las sesiones es el mismo para todos los participantes pero varía en dependencia de las necesidades en instrucción según los registros de video.

Objetivo: brindar retroalimentación dirigida a la modificación del comportamiento del cuidador haciendo uso de un video recién grabado en el que se muestra una situación de alimentación.

Actividad: retroalimentación inmediata con ayuda de un video.

Materiales o instrumentos: laptop.

Díada 2

Descripción de la actividad: Al inicio de la sesión se preguntó al cuidador sobre el estado nutricional del niño así como su comportamiento general inmediatamente se procedió a tomar las medidas antropométricas del menor, una vez concluida dicha actividad se explicó que en esta ocasión la sesión estaría dirigida a retroalimentar el comportamiento del cuidador con ayuda del registro de video que se realizaría ese mismo día. La principal justificación de la toma de video es observar los cambios conductuales llevados a cabo por el cuidador a lo largo de las sesiones para así comprobar su efecto sobre el comportamiento de ingesta de alimentos del infante. Al finalizar se sugirieron nuevos cambios comportamentales que podría mejorar el consumo de alimento. En general, la dinámica y sugerencias fueron las siguientes.

Al iniciar la sesión la madre del niño nos comenta que su hijo se encontraba todavía un poco enfermo pero que ya estaba comiendo mejor. La sesión de grabación se había atrasado debido a que la semana anterior el niño no comía normalmente o si lo hacía tendía a “devolver” los alimentos, por lo que se acordó esperar una semana para permitirle mejorar. Al inicio de la grabación se hace notorio que, en esta ocasión a diferencia de las anteriores, la madre no ha hecho un licuado de vegetales sino que presenta un plato lleno de papilla de habas. Le comentamos que este es un buen indicador pues el rechazo a comer alimentos sólidos puede deberse simplemente a que los niños sienten desagrado por la nueva textura de los alimentos, pero que esta misma tendencia puede verse mermada con la exposición continua a esta presentación en los alimentos. Ella nos comenta que su hijo ya ha comenzado a aceptar los sólidos sin mayores dificultades.

Igualmente, notamos que la disposición de la situación de alimentación se ha modificado en gran medida, en sesiones anteriores era la madre la que mantenía absoluto control sobre la conducta de alimentación; introduciendo la cuchara a la boca del niño e interrumpiéndole siempre que expresara deseos de alimentarse por sí mismo. En la situación actual se observa que el niño se sienta cercano a la mesa y tiene libre acceso a los utensilios y a los alimentos. Le comentamos a la cuidadora que la nueva disposición de la situación de alimentación puede fungir como un factor protector para evitar la desnutrición pues permite que el niño desarrolle las habilidades necesarias para la auto-alimentación, además de evitar la necesidad de brindarle la comida directamente en la boca. Se le explica que en ocasiones los padres tienen dificultades para adecuarse a los ritmos de masticación y deglución de los hijos y la practica incorrecta deriva en el rechazo a los alimentos por causar un sentimiento de ahogo. El permitir que los niños se alimenten por sí mismos facilita que ellos mismos consuman a su ritmo y, por tanto, eviten malestares como los anteriores. Le sugerimos a la madre que puede utilizar otro tipo de facilitadores; como cucharas y tenedores más pequeños que se adecuen a las capacidades motoras del niño o que brinde los alimentos en pequeños trozos (de fruta, queso, verdura, etc.) para que el niño los tome con sus manos y los consuma directamente. Ella nos indica que así lo hace, pero regularmente fuera de la "hora de comer formal", es decir, que el niño toma fruta a lo largo del día y la come sin necesidad de que este en licuados.

Posteriormente, se observa en la grabación que el niño no desea comer, tras unas pequeñas probadas de alimento deja de tener interés y se detiene, como respuesta su madre le da de comer en la boca con la cuchara a lo que el niño emite un pequeño gemido. Él niño voltea a verla mientras la madre espera a que ingiera la cucharada, ambos quedan en silencio por un momento. Después de consumir el alimento la madre vuelve a darle otra cucharada y así se mantienen por un momento, hasta que el niño deja de aceptar los bocados y comienza a llorar. Le preguntamos a la cuidadora si este es un comportamiento que se presente continuamente, ella responde que no es usual que suceda y que posiblemente se debe a dos razones específicas; 1) nos comenta que el niño ya había comido algo antes de que comenzara la filmación y 2) que es la primera vez que el niño consume habas por lo que es comprensible su rechazo. En vista de su justificación le explicamos que, en caso de deberse a que el niño desconoce el alimento, el poco consumo que ha tenido hasta el momento, aunque en apariencia es insignificante, puede propiciar a que acepte el alimento a largo plazo, siempre y cuando se aumente progresivamente la ingesta. Por el contrario, si el bajo consumo se debe a que el niño siente desagrado por la textura del alimento es importante que siga

consumiéndolo y no se le retire cada vez que lo rechace pues este tipo de secuencias probabilizan un bajo consumo futuro. Ella nos responde que últimamente su consumo ha ido aumentando y no se han tenido dificultades a la hora de alimentarlo.

Posteriormente, el comportamiento del niño se mantiene; abre la boca para recibir las cucharadas que su madre le brinda mientras llora y se queja, pero no consume el alimento. La madre le indica varias veces que se “lo pase” pero el niño no lo ingiere sólo lo guarda en la boca, solo después de varios intentos se logra pasar la papilla pero no desea seguir en la situación. Después de varios intentos la madre deja de insistir en que el niño consuma y nos indica que no comerá por haber desayunado antes, aunque no nos especifica qué había consumido.

En correspondencia, le decimos a la cuidadora que si el rechazo no es continuo no existe mayor dificultad pero que aun así le podemos dar algunas recomendaciones por si esta situación vuelve a suceder; le hacemos notar que existió muy poca interacción verbal durante el video, esto se asocia fuertemente con el bajo consumo de alimentos, le recordamos que para fortalecer la estimulación que le damos a los hijos durante la alimentación podemos hacer verbalizaciones acerca de tres aspectos: 1) las propiedades organolépticas de los alimentos , 2) las consecuencias positivas relacionadas con el consumo y, 3) el comportamiento adecuado en la mesa. También le sugerimos usar este tipo de verbalizaciones acompañadas de expresiones de afecto al tiempo que presencia comportamientos adecuados por parte del niño; al procurar que las conductas “positivas” tengan consecuencias “positivas”, probabilizamos que vuelvan a presentarse. Para lograrlo podemos hacer uso de caricias, abrazos, expresiones de afecto, etc. cualquier tipo de consecuencia que consideremos agradable para nuestros hijos. Igualmente, es posible que “extingamos” los comportamientos inadecuados mediante la supresión de respuestas a los comportamientos de los niños; frecuentemente las conductas inadecuadas son realizadas por los niños debido a que los padres les brindan consecuencias agradables después de que las realizan (por ejemplo; cargarlos y abrazarlos después de que hacen un berrinche). El interactuar adecuadamente en dependencia del comportamiento del niño puede darle indicios acerca de lo que es adecuado y lo que no lo es. Incluso, se recomienda a los padres que presenten mucha atención al tipo de interacción que exigen los infantes pues en ocasiones es la falta de receptividad lo que induce a los niños a dejar de presentar respuestas consideradas positivas para su desarrollo.

Finalmente, debido a la corta duración del video, reiteramos algunos de los principios de alimentación presentados durante la tercera sesión acerca de la forma en que podemos facilitar el consumo de los alimentos; mediante la presencia de otros modelos, organizando horarios de consumo, disponiendo la situación de forma que el niño sea capaz de ver nuestras expresiones, retirando cualquier tipo de estímulo que pudiera distraerlo de la situación, cambiando la presentación de los alimentos, haciéndolos atractivos a la vista, etc.

Para concluir se entregó un folleto cuyo contenido incorporaba las recomendaciones generales que se han venido haciendo hasta el momento, incluida la conducta de la madre, la del menor y repercusiones en el plano afectivo, tras una pequeña explicación de la misma y preguntar por dudas damos por terminada la sesión.

Para mayor información favor de comunicarse a los correos:

tatsuo9999@hotmail.es

neni-sweet@hotmail.com