



---

**Universidad de Valladolid**



**PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**TESIS DOCTORAL**

**REPERCUSIÓN PSICOLÓGICA Y SOCIAL DE LOS  
PADRES Y MADRES DE NIÑOS MALOS COMEDORES.  
LA VISIÓN DEL PEDIATRA**

Presentada por Ana Fernández de Valderrama Rodríguez  
para optar al grado de Doctora por la Universidad de Valladolid.

Valladolid, 2022





---

**Universidad de Valladolid**

PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE  
LA SALUD

**REPERCUSIÓN PSICOLÓGICA Y SOCIAL DE LOS  
PADRES Y MADRES DE NIÑOS MALOS COMEDORES.  
LA VISIÓN DEL PEDIATRA**

Tesis doctoral

**Ana Fernández de Valderrama Rodríguez**

Directores

**Carlos Ochoa Sangrador**

**Consuelo Pedrón Giner**

**Jesús Sánchez Hernández**

Tutor

**Isabel Julia San José Crespo**

Valladolid, 2022

## **AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS**

*(Art. 7.2 de la Normativa para la presentación y defensa de la Tesis Doctoral en la UVA)*

**D. Carlos Ochoa Sangrador**, con D.N.I. 09263794S, Profesor de la Escuela de Enfermería de Zamora y Profesor Asociado Profesor Asociado CC. Salud Tipo 2 de la Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca.

**D<sup>a</sup> Consuelo Pedrón Giner** con D.N.I 22610926V, Profesora Asociada jubilada del departamento de Pediatría de la Universidad Autónoma de Madrid. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

**D. Jesús Sánchez Hernández** con D.N.I. 07962179Q, Profesor Asociado del Grado de Psicología. Universidad Isabel I.

como Codirectores de la Tesis Doctoral titulada **“Repercusión psicológica y social de los padres y madres de niños malos comedores. La visión del pediatra”**, realizada por D<sup>a</sup> Ana Fernández de Valderrama Rodríguez, alumna **del Programa de Doctorado en Investigación de Ciencias de la Salud**, autorizan su presentación, considerando que el presente trabajo reúne las condiciones de originalidad y rigor metodológico necesarios para que pueda ser leído y defendido públicamente ante el tribunal correspondiente.

Valladolid, a 16 de mayo de 2022

D. Carlos Ochoa Sangrador (*Director de la tesis doctoral*)



D<sup>a</sup> Consuelo Pedrón Giner (*Directora de la tesis doctoral*)



D. Jesús Sánchez Hernández (*Director de la tesis doctoral*)





A mis padres.

Y, como ellos, a todos los padres de niños malos comedores.

## AGRADECIMIENTOS

Gracias a mis pacientes por confiar en mí. Habéis sido mi inspiración para este trabajo. Especialmente, gracias a Eva (mamá de Carla).

Gracias Consuelo, por enseñarme todo lo que sé de los niños malos comedores y sus familias. Gracias a ti cambió toda mi perspectiva, aprendí a escuchar.

Gracias Carlos (Ochoa) por impedir que abandonara en el camino y empujarme a seguir. Por echarme una mano en cualquier momento y a cualquier hora. Has sido el motor de este trabajo.

Gracias a mis padres y mi hermano Diego por ayudarme una y mil veces con el ordenador y las encuestas. Por confiar en mí, incluso cuando yo no lo hago.

Gracias Carlos (Alarcia), compañero de camino, por animarme a seguir y haber cuidado de Mario para que yo pudiera dedicarle tiempo a este trabajo.

Gracias a todos los compañeros de trabajo que me han ayudado desde sus hospitales y centros de salud a pasar las interminables encuestas, especialmente a mi gran amiga Esther.

Gracias a Nerea, mi amiga de toda la vida, por darme ideas geniales y estar ahí siempre.

Por último, pero el más importante, a mi hijo Mario por iluminarme el corazón cada día de mi vida.



## Abreviaturas

**AE** atención especializada

**AP** atención primaria

**CE** control enfermo

**CS** control sano

**DAC** dolor abdominal crónico

**DE** desviación estándar

**DMA** diferencia de medias ajustada

**EC** enfermedad celiaca

**FP** *feeding problem*

**GHQ-28** *General Health Questionnaire* de Goldberg

**IC** intervalo de confianza

**IMC** índice de masa corporal

**IDPH** interacción disfuncional padres-hijo (subescala de la prueba de PSI-SF)

**MAD** *adjusted mean difference*

**MC** malos comedores

**MP** malestar paterno (subescala de la prueba de PSI-SF)

**ND** niño difícil (subescala de la prueba de PSI-SF)

**OR** odds ratio

**ORa** odds ratio ajustada/ adjusted odds ratio

**PSI-SF** *Parent Stres Index Short Form*



## **Repercusión psicológica y social de los padres y madres de niños malos comedores. La visión del pediatra.**

**Objetivos:** Estimar el estrés de padres y madres cuando su hijo es mal comedor (MC), la repercusión sobre el estado de salud psicológica familiar y conocer la opinión del pediatra.

**Métodos:** Se realizaron 2 estudios independientes. 1) Estudio de casos (MC) y controles (sanos, y con trastornos digestivos o enfermos). Se evaluó el estrés parental y la calidad de vida familiar mediante escalas validadas (Parent Stres Index Short Form [PSI-SF] y General Health Questionnaire de Goldberg [GHQ-28]. 2) Encuesta de opinión a pediatras.

**Resultados:** 1) Se recogieron 238 encuestas a padres; 102 de controles sanos, 88 con trastornos digestivos y 48 de MC. Casi la mitad de los padres de MC estaban en desacuerdo con su pediatra. Más de la mitad reconocen problemas en su vida social, laboral y familiar, con repercusión psicológica según la escala GHQ-28: un 54,2% según valores de referencia (odds ratios ajustadas [ORa] frente a controles sanos 4,18; intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 1,96-8,87; frente a controles enfermos ORa 6,25; IC95% 2,79-13,98) y un 33,3% según nuestros controles sanos. Asimismo, presentaron mayores puntuaciones de estrés (PSI-SF) que los controles sanos (diferencia de medias ajustada [DMA] 21; IC95% 12,19-29,81) y controles enfermos (DMA 20; IC95% 9,81-30,19). 2) Respondieron 211 pediatras: el 90% reconoce la repercusión psicológica en los padres, pero menos de la mitad les aconseja valoración profesional. Consideran excesiva su preocupación, que constituye el principal motivo de derivación al especialista. Casi la mitad, reconoce que las familias se encuentran poco o nada satisfechas al salir de la consulta. Los criterios diagnósticos son conocidos sólo por el 61,1%.

**Conclusiones:** Padres y madres de los MC tienen niveles elevados de estrés y riesgo de ansiedad y depresión, con repercusión a nivel social, familiar, de pareja y laboral. Además, la relación con el pediatra puede verse afectada.

### **Palabras clave (MESH)**

Conducta alimentaria, trastorno de conducta alimentaria infantil, conflicto psicológico, relación madre-hijo, escalas de estado psicológico, relaciones familiares.

**Psychological and social repercussions of parents of children with feeding problems.  
The pediatrician's view.**

**Objectives.** To estimate the parents' stress when their child has a feeding problem (FP), the repercussion on the family psychological health status, as well as to know the paediatrician's point of view.

**Methods.** Two independent studies were conducted. 1) Case (FP) control study (healthy controls and controls with digestive disorders or sick controls). Parental stress and quality of life in these families were assessed using validated scales (Parent Stress Index Short Form [PSI-SF] and Goldberg's General Health Questionnaire [GHQ-28]). 2) A survey of paediatricians' opinions.

**Results:** 1) 238 parents' surveys were collected; 102 from healthy controls, 88 with digestive disorders and 48 from FP. Almost half of the FP parents disagreed with their paediatrician. More than half acknowledged problems in their social, work and family life, with psychological impact according to the GHQ-28 scale: 54.2% according to baseline values (adjusted odds ratio [ORa] vs healthy controls 4.18, 95% confidence interval [95% CI95%] 1.96-8.87; vs diseased controls ORa 6.25, 95% CI95% 2.79-13.98) and 33.3% according to our healthy controls. They also had higher stress scores (PSI-SF) than healthy controls (adjusted mean difference [MAD] 21; 95%CI 12.19-29.81) and sick controls (MAD 20; 95%CI 9.81-30.19). 2) 211 surveys were collected from pediatricians: 90% of them acknowledged the psychological impact on parents, but less than half advised them professional assessment. They consider their concern to be excessive, which is the main reason for referral to a specialist. Almost half of them recognize that families are not satisfied about the consultation. The diagnostic criteria are known by only 61.1% of them.

**Conclusions.** Parents of FP children have high levels of stress and risk of anxiety and depression, with repercussions at the social, family, couple, and work levels. In addition, the relationship with the paediatrician may be affected.

**Key words: (MESH):** Feeding Behavior, Childhood Eating and Feeding Disorders, Child Behavior Disorders, Mother-Child Relation, Psychiatric Status Rating Scales, Family Relations.

# Índice

---

1 INTRODUCCIÓN.....	15
2 ANTECEDENTES .....	17
2.1 Niño mal comedor .....	18
2.1.1. Definición y clasificación.....	18
2.1.2 Prevalencia.....	22
2.1.3 Causas.....	22
2.1.4 Consecuencias .....	23
2.2 Estrés parental.....	23
2.2.1 Estrés parental asociado a dificultades en la alimentación.....	24
2.3 Trastornos gastrointestinales pediátricos y repercusión en la vida familiar .....	26
3 JUSTIFICACIÓN .....	28
4 OBJETIVOS .....	30
5 METODOLOGÍA DE TRABAJO .....	32
5.1 Diseño .....	33
5.1 A Estudio de casos y controles .....	33
5.1 B Estudio de opinión a pediatras .....	42
5.2 Cronología .....	43
5.3 Aspectos éticos y legales .....	43
6 RESULTADOS .....	44
6.1 A Estudio de casos y controles .....	45
6.1 B Estudio de opinión a pediatras .....	62
7 DISCUSIÓN.....	65
8 CONCLUSIONES.....	73
9 BIBLIOGRAFÍA.....	76
10 ANEXOS .....	89
APÉNDICE .....	95

# **1. Introducción**

En nuestra sociedad es muy frecuente que padres y madres consideren que su hijo tiene dificultades en la alimentación, y suele usarse de forma coloquial el término niño mal comedor (MC). Las denominaciones, definición y sistematización de estas dificultades están en constante revisión (1) y, en la mayoría de los casos se trata de descripciones subjetivas por parte de los padres que no se acompañan de trastornos nutricionales ni de enfermedad orgánica asociada. Hablamos de niños con un desarrollo normal, sin ningún problema aparente salvo en el momento de las comidas.

La prevalencia de este trastorno es alta; la más estudiada corresponde al grupo de comedores selectivos, con rangos muy variables entre 19-60% desde el primer año de vida hasta la preadolescencia (2-7). Los problemas globales de alimentación aumentan en los niños enfermos y, en concreto, en aquellos con problemas neurológicos puede llegar al 80%.

La adecuada evolución pondero-estatural de un niño (8) es una de las primeras herramientas con las que un pediatra trata de enfocar un problema como probablemente funcional o con sospecha de organicidad. Pero en el ámbito de las familias con niños con dificultades en la alimentación, el hecho de que no se refleje una consecuencia en peso o talla no significa que las familias no lo vivan como un problema, con niveles de angustia que pudieran ser superiores al de otras enfermedades que asocian organicidad. Identificar esta repercusión permitiría al pediatra abordar el problema de forma más global, prestando no sólo atención al niño sino también al contexto familiar.

Los padres presentan unos niveles de estrés inherentes a la responsabilidad que han adquirido desde el momento que tienen un hijo. Dicho estrés puede influir en su autoestima, actividad social y desarrollo personal (9). Cuando desde el punto de vista de los padres el niño no come adecuadamente, sus niveles de estrés pueden aumentar (10). Estudios previos (10-12) sugieren que los MC pueden asociar problemas en la interacción con sus padres, siendo difícil determinar si es causa o consecuencia de ello. Esto pudiera motivar afectación en la calidad de vida familiar, incluso en la relación con el pediatra.

Nuestro objetivo es conocer dicha afectación, analizando el estrés parental y la calidad de vida en estas familias, mediante escalas validadas, así como conocer la opinión de los pediatras, tanto de atención primaria (AP) como de atención especializada (AE).

## **2. Antecedentes**

El concepto de niño MC es un término muy usado en nuestra sociedad, poco específico, relativo a aquel paciente que en edad pediátrica presenta dificultades en relación con la alimentación.

De forma general, la anorexia o hiporexia en la infancia puede clasificarse según su etiología (13) en:

- Orgánica: enfermedades que afecten a la deglución, masticación, procesos infecciosos, alergias o intolerancias alimentarias, parálisis cerebral, traumatismos, etc.
- Nerviosa: caracterizada por una distorsión de la imagen corporal y miedo a la obesidad, sobretodo en la adolescencia.
- Funcional: en ausencia de una aparente enfermedad asociada, sino que únicamente existe dificultad en la alimentación. Se utiliza ampliamente el concepto de niño mal comedor o niño con dificultades en la alimentación.

## 2.1 Mal comedor (MC) o niño con dificultad en la alimentación

### 2.1.1 Definición y clasificación

Las denominaciones, definición y sistematización de estas dificultades están en constante revisión.

Según DSM-IV (1994) el concepto de “alteración en la ingesta alimentaria en la infancia o niñez” debe de cumplir los siguientes criterios (14):

- 1- Alteración de la alimentación manifestada por una dificultad persistente para comer adecuadamente, con incapacidad significativa para aumentar de peso o con pérdida significativa de peso por lo menos durante 1 mes.
- 2- La alteración no se debe a una enfermedad gastrointestinal ni a otra enfermedad orgánica asociada.

3- Este trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental o por la no disponibilidad de alimentos.

4- La edad de inicio es inferior a los 6 años.

Este es un concepto global que no realiza distinción entre los diferentes comportamientos que pueda tener un niño con relación a la comida.

Posteriormente han aparecido otras sugerencias de clasificación, pero Chatoor (15) realizó una importante aportación estableciendo distintos subgrupos que ayudan a entender el contexto del problema (*teoría psicoevolutiva*).

- 1- Alteración de la homeostasis o regulación interna: se inicia desde el nacimiento, corresponde a niños muy irritables que no establecen sus ciclos de hambre, saciedad, sueño y vigilia de forma correcta. Padres generalmente ansiosos que no comprenden las necesidades de su hijo.
- 2- Alteración de la reciprocidad: se inicia sobre los 2-8 meses, se establece un vínculo madre-hijo inseguro debido a la ausencia materna. Típicamente no establecen signos de contacto social durante la toma.
- 3- Anorexia infantil: se inicia entre 6-36 meses. El niño no tiene interés por la comida, pero sí por el resto de actividades y por la relación con sus padres. Parecen no tener hambre nunca. Niños por lo demás asintomáticos, salvo en el momento en que hay que comer.
- 4- Aversiones alimentarias sensoriales: niños caprichosos, que realizan rechazo selectivo por texturas, sabores, colores, pero comen bien los alimentos que les gustan.
- 5- Alteraciones asociadas con enfermedades médicas; se inicia a cualquier edad. En el contexto de enfermedades que dificultan la alimentación (por disfagia, dolor, fatiga, etc.). El niño tiene hambre, pero acaba rechazando el alimento por la sintomatología que presenta.

- 6- Alteración postraumática; Tras una experiencia traumática en relación con la alimentación (por ejemplo, quemadura con leche muy caliente) rechaza los alimentos al verlos o acercárselos a la boca.

Años más tarde, en 2011, Levine (16) propone simplificar el diagnóstico de los pacientes según los criterios de Wolfson, considerando que es una herramienta simple, con mayor sensibilidad y especificidad:

- 1- Rechazo persistente de la comida mayor de un mes.
- 2- Ausencia aparente de enfermedad orgánica que justifique el rechazo de las tomas, o bien, escasa respuesta médica a una enfermedad orgánica conocida.
- 3- Se inicia antes de los 2 años y se diagnostica antes de los 6 años.
- 4- Presencia de al menos una de las siguientes características: dificultad para alimentarse o ansiedad anticipatoria.

En 2013 el DSM V (17) ya no especifica “alteración en la ingesta alimentaria en la infancia o niñez” sino que la engloba en el grupo “trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos”, donde existe un nuevo apartado: “trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos” (307.59) (F50.8)) cuyos criterios son:

A) Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cubrir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a uno o más de los siguientes hechos:

- 1- Pérdida de peso significativa.
- 2- Deficiencia nutritiva significativa.
- 3- Dependencia de nutrición enteral o suplementos orales.
- 4- Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.

B) El trastorno no se explica por falta de alimentos disponibles o factores culturales.

C) No se produce en el curso de anorexia o bulimia nerviosa, no existe alteración en la propia percepción del peso.

D) No se atribuye a una afección médica, y si se produce en el contexto de ésta, es mayor que lo esperado.

En vista a simplificar los criterios, en 2015 Kerzner y Chatoor (18) han propuesto un enfoque fundamentalmente práctico basado en las consideraciones paternas. Cada categoría a su vez se subdivide en otras. Se establecen unos signos de alarma que deben de buscarse sistemáticamente por el especialista para valorar si existe organicidad.

- 1- Niños que parecen no comer lo suficiente o sin apetito (englobaría los conceptos previos de anorexia infantil, alteración del vínculo, excesivo control parental).
- 2- Niños que sólo comen determinados alimentos (se incluyen en este grupo comedores selectivos, neofobia, aversiones sensoriales).
- 3- Niños que tienen miedo a comer (estrés postraumático, vómitos de repetición).

Finalmente en 2019, Goday (19), realizó una clasificación global de los trastornos de alimentación en la infancia, que engloba cualquiera de las siguientes situaciones:

- 1- Disfunción médica; evidenciada por compromiso cardiorrespiratorio o aspiraciones de repetición durante la alimentación.
- 2- Disfunción nutricional; presencia de desnutrición energética o de micronutrientes, o que precise soporte con nutrición enteral.
- 3- Disfunción de la habilidad para alimentarse; el niño precisa modificación de texturas, usar determinadas posiciones durante la comida u otras estrategias específicas.
- 4- Disfunción psicosocial; se presentan conductas de evitación, manejo inadecuado del cuidador, o afectación de la relación cuidador-niño.

### 2.1.2 Prevalencia de niños malos comedores

El diagnóstico de MC de la mayoría de los estudios de prevalencia está basado en la subjetividad y la percepción de los padres sobre cómo se alimentan sus hijos.

Según el manual DSM-IV en 1994 (14), para establecer el diagnóstico de “trastornos de alimentación en el niño pequeño” es necesario contar con el criterio de “imposibilidad para mantener el adecuado estado ponderal”. Dado que es infrecuente encontrar repercusión ponderoestatural en niños malos comedores (20) podríamos deducir que el número de pacientes diagnosticados de este trastorno podría ser infraestimado.

Posteriormente en 2013, el nuevo manual DSM V (17) se refiere a “los trastornos de la alimentación” sin requerir como criterio diagnóstico la afectación de peso y talla, pero sí debe de existir una interferencia importante en el funcionamiento psicosocial. Por tanto, los propios padres definen a su hijo como mal comedor en base a su propia percepción. Este cambio en los criterios diagnósticos se considera relevante, dado que permite que los pacientes sin repercusión nutricional que no pudieron ser diagnosticados según criterios DSM IV, ahora sí puedan ser incluidos.

La prevalencia más estudiada de MC corresponde al grupo de comedores selectivos, con resultados muy variables según los distintos autores: 19-50% desde los 4 a 24 meses (2), 49% desde 1 a 10 años (3), o prevalencias globales entre 11 % hasta 60% (4-6). Los problemas globales de alimentación aumentan en los niños enfermos y, en concreto, en aquellos con problemas neurológicos pueden llegar al 80% (7).

La duración del trastorno es muy variable: entre 30%-40% continúan hasta la adolescencia (21,22), incluso las dificultades en la alimentación en la infancia pueden perpetuarse hasta la edad adulta (23,24).

### 2.1.3 Causas de dificultades de alimentación en los niños

Se han descrito varios factores de riesgo asociados: la propia forma de alimentarse de la familia (25,26), el temperamento del niño (27), antecedentes familiares de neofobia (28), la ausencia de lactancia materna (29), madres con trastorno del estado de ánimo

(ansiedad, depresión, hostilidad) incluso antes del parto (30), o expuestas a factores estresantes (31), madres con trastorno de conducta alimentaria (10,30,32,33), introducción de alimentación complementaria antes de los 6 meses (34), problemas digestivos precoces (cólicos, vómitos, etc.), hijo primogénito, bajo peso al nacimiento (35), sexo varón (36), baja edad gestacional (37) o alteraciones del patrón de sueño (38).

Existen factores de riesgo de tipo orgánico (39) tales como: alteración del desarrollo psicomotor, prematuridad, antecedentes de enfermedad por reflujo gastroesofágico, disfagia, aspiración, enfermedad celiaca, alergias alimentarias, estreñimiento, enfermedad de Hirschsprung, trastornos de motilidad intestinal, afectación pulmonar crónica, cardíaca, otitis de repetición, afectación dentaria y epilepsia. En estos casos, los problemas de alimentación pueden llegar a persistir, aunque se resuelva la enfermedad desencadenante inicial (7).

#### 2.1.4 Consecuencias de las dificultades en la alimentación

La dificultad en la aceptación de determinados alimentos puede afectar al equilibrio del patrón dietético. Se ha descrito asociación con riesgo de: ingesta hipocalórica, dieta baja en algunos micronutrientes y retraso de crecimiento (40,41), desnutrición y sobrepeso (26), problemas conductuales (42), hábitos alimentarios irregulares durante la adolescencia, tales como anorexia (38, 43) y afectación en el desarrollo cognitivo (7).

También podrían verse afectadas las relaciones del niño con los padres debido a métodos de alimentación impositivos, uso de amenazas o recompensas (4) incluso afectar a la vida de pareja, pues los padres pueden discutir entre ellos sobre los hábitos de alimentación del niño (5,20).

#### 2.2 Estrés asociado a parentalidad

El estrés parental es el que presentan padres y madres debido a las diversas situaciones o sucesos cotidianos, que se acumulan en el contexto de su rol (9). Padres y madres han de adaptarse a la nueva situación que implica el tener que cuidar y educar a un

hijo, lo cual supone una serie de cambios y de adquisición de responsabilidades. Esto conlleva que en ocasiones puedan sentirse desbordados, debido a los continuos cambios y demandas que pueden plantearles sus hijos (44). Según Abidin (9), el estrés parental se define como un elemento activador que estimula la utilización de herramientas disponibles para afrontar con satisfacción el papel de padre/madre, siendo perjudicial tanto la ausencia de activación como valores extremos de estrés.

Los procesos de estrés pueden repercutir en el desarrollo del rol parental y en el ejercicio de sus funciones. Los padres con malestar psicológico suelen percibir las interacciones con sus hijos de manera disfuncional, siendo más críticos con las conductas que exhiben sus hijos y desplegando en mayor medida prácticas parentales desproporcionadas (45). Además, la dedicación y el grado de implicación en la educación y cuidado de los menores también se ven afectados (46).

Aquellos padres que perciben que las tareas asociadas a la parentalidad exceden sus recursos, pueden mostrar dificultades a la hora de percibir las necesidades de sus menores, así como presentar una baja atención a sus señales y demandas (47,48).

El estrés parental ha sido ampliamente estudiado en familias con hijos con afectación neurológica (como parálisis cerebral, sordera) (49,50), enfermedades crónicas (fibrosis quística, cardiopatía) (51), alteraciones del comportamiento (trastorno por déficit de atención, autismo) (52,53) o familias en riesgo psicosocial (54), entre otros.

### 2.2.1 Estado psicológico parental asociado a las dificultades en la alimentación infantil

El hecho de alimentar a un hijo es un pilar fundamental para “sentirse realizado” como padre o madre (55). Cuando un niño no come de forma adecuada desde el punto de vista de sus padres, existe riesgo de asociación con niveles elevados de ansiedad y depresión paterna/materna (10). Es difícil establecer si los niveles de ansiedad son causa o consecuencia de las dificultades que pueda presentar el niño en relación con su alimentación. En cualquier caso, este hecho merece ser tenido en cuenta.

Padres y madres presentan unos niveles de estrés inherentes a la responsabilidad que han adquirido desde el nacimiento de su hijo. Dicho estrés puede influir en su

autoestima, actividad social y desarrollo personal (9). Cuando el niño no come adecuadamente desde el punto de vista de sus padres, los niveles de estrés pueden aumentar (10).

Los padres se sienten responsables de que sus hijos coman de forma adecuada, variada y sana (3) ya que ser capaz de alimentar de forma correcta a un hijo es algo inherente a la capacidad de ser un buen cuidador (55). Cuando fallan las expectativas de los padres en relación a la alimentación de sus hijos, la tensión familiar puede aumentar (10), convirtiendo la comida en un momento estresante y negativo, que impide a los padres disfrutar de su hijo en ese momento (56). En estas circunstancias, es más frecuente que existan disputas durante el momento de la comida, que los padres discutan entre ellos, que le preparen una comida aparte u ofrezcan una recompensa (5) y finalmente, pueden desarrollar presión sobre su hijo para que coma (57).

El carácter del niño también influye sobre sus padres; un patrón de conducta poco afectiva puede influir sobre la percepción que tengan sus padres del problema, y que lo consideren aún de mayor envergadura (58). Los niños con mayor temperamento emocional son percibidos por sus madres como peor comedores (59). Estudios previos sugieren que niños con anorexia tienen mayores niveles de negatividad, dependencia e irregularidad en las tomas que los niños sin dificultades de alimentación (12).

Se ha descrito que se pueden desarrollar alteraciones en la interacción madre-hijo cuya manifestación en el niño sea el rechazo en la alimentación (11,12). Debido al conflicto establecido, la madre podría desplegar de forma reactiva estrategias de exceso de control, que le dificulten modular o negociar las interacciones conflictivas con su hijo, situación que contribuye al rechazo (11,12,60). Madres que llevan a la práctica estas conductas controladoras no reconocen la autonomía de su hijo y pueden ser sobreprotectoras (61,62). La propia negatividad parental facilita una percepción más negativista de cómo se alimenta su hijo (58), y puede contribuir a acrecentar la inseguridad en su papel como madre (12). Todo ello puede generar un círculo vicioso en relación con situaciones negativas en la alimentación de los hijos cuyo resultado final sea niveles elevados de ansiedad en los cuidadores de niños malos comedores (63).

Se ha descrito, además, cómo la depresión materna puede afectar el desarrollo del niño de forma directa o indirecta (64) y crear una situación de vulnerabilidad que pueda dificultar los cuidados hacia el niño (65). Los hijos de madres con depresión presentan mayor incidencia de problemas emocionales y conductuales (65). El estrés materno es un factor que influye en el cese precoz de la lactancia materna (31,66) y el desarrollo de la desnutrición infantil (67) pero también ha sido relacionado como un factor predictor de peor calidad de alimentación de los hijos hasta la adolescencia, tales como mayor ingesta de grasas saturadas, y como factor de riesgo de sobrepeso y obesidad de sus hijos (68-71).

Debido a todos estos factores, puede ser difícil establecer cuál es el origen y cuál la consecuencia; una situación de conflicto durante las tomas de forma repetida puede acrecentar el nerviosismo del niño y llegar a inhibir la sensación de hambre, de tal forma que la comida desencadene en él sensaciones desagradables (inhibiendo las agradables). Este problema puede empeorar a medida que pasa el tiempo, y a peor conducta, mayor inseguridad parental, lo que contribuye a acrecentar el círculo vicioso. Por otro lado, padres o madres inseguros, ansiosos, depresivos, pueden establecer un tipo de relación patológica con el niño durante las comidas que aumente su inseguridad (12).

Previamente se ha descrito asociación entre alto nivel de estrés parental y dificultades en la alimentación de los niños en distintas situaciones: tras implantar un dispositivo de gastrostomía (72), en pacientes con autismo (73,74), en niños hospitalizados debido a problemas alimentarios (75), con estancamiento de peso y talla (76), en pacientes con comorbilidad asociada de tipo gastrointestinal, cardiorrespiratoria y neurológica (77).

### 2.3 Trastornos gastrointestinales pediátricos y repercusión en la calidad de vida familiar

Los padres y madres de niños con trastornos funcionales digestivos (dolor abdominal recurrente, cólicos, estreñimiento) presentan elevados niveles de ansiedad (78-82). El dolor abdominal funcional y el estreñimiento pueden llegar a afectar a la calidad de vida de los pacientes (83) de forma similar que otros trastornos orgánicos, tales como la enfermedad inflamatoria intestinal (84). Los padres de estos niños pueden llegar a advertir una peor calidad de vida que la percibida propiamente por los niños, incluso cuando se compara con otras enfermedades orgánicas (83).

En el caso de la enfermedad celíaca, tras su diagnóstico acontecen cambios en el ámbito familiar y los padres asumen gran parte de la responsabilidad en ese proceso de adaptación, afectándose la calidad de vida familiar (85). Desde ese momento los padres se ven obligados a reorganizar el ámbito de la alimentación del niño. Se sienten responsables de las posibles contaminaciones de gluten de la dieta y sienten miedo de que las restricciones impuestas al niño afecten a la relación con sus hijos, y a la de sus hijos con su entorno social (86). En general, las familias se enfrentan a mayores dificultades económicas y sociales debido a la adhesión de la dieta (87). Todo ello puede contribuir a que los padres y madres de pacientes celíacos tengan mayores niveles de ansiedad y depresión (88,89). Algunos estudios demuestran que la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico reciente (menor de un año) es inferior que la de aquellos con diagnóstico previo; esto pudiera deberse a la mayor probabilidad de que los síntomas hayan remitido (90).

## **3. Justificación**

Existen dos aspectos clave a tener en cuenta en el ámbito de las familias de niños MC. Por un lado, dada su elevada prevalencia (hasta un 50% según series), pudiera creerse que la dificultad de alimentación en los niños sea una situación normal y cotidiana. Por otro, una de las principales herramientas con las que un pediatra evalúa a sus pacientes es la evolución pondero-estatural, ya que permite orientar un posible problema como funcional u orgánico, otorgando a la consulta realizada distinto grado de relevancia. En la mayoría de los niños con dificultades en la alimentación no existe afectación de peso ni talla. Ambos factores simultáneos (alta prevalencia y ausencia de signos de organicidad) podrían contribuir a minimizar su relevancia por parte de los pediatras. Sin embargo, para estas familias, pudiera ser una situación potencial de angustia y preocupación, incluso superiores a las de otras enfermedades clasificadas como orgánicas. La necesidad de resolver esta situación radica en que niveles de estrés o ansiedad elevados en el ámbito familiar pueden empeorar la situación en relación con la alimentación del niño e influir directamente sobre el desarrollo de la personalidad. Además, si las familias no se sienten comprendidas por el pediatra, podría deteriorarse la solidez de la relación médico paciente, que se sustenta en la confianza.

En la actualidad, el hecho de que el concepto de niño mal comedor se encuentre en constante revisión y que reciba múltiples denominaciones, puede dificultar un diagnóstico, clasificación y manejo homogéneo entre los profesionales. Esta falta de uniformidad puede contribuir a acrecentar una posible desconfianza hacia el pediatra.

Por todas estas cuestiones buscamos objetivar la verdadera dimensión del problema. Al tratarse de un motivo de consulta tan frecuente, parece interesante conocer la repercusión familiar que existe alrededor de este tipo de trastornos y el abordaje habitual que los pediatras realizan. La visión global de la situación nos ayudará a encontrar propuestas para mejorar nuestra atención a estas familias.

## **4. Objetivos**

#### **4.1 Objetivo general:**

Conocer la repercusión psicológica y social de las familias de los niños MC y los conocimientos y actitudes de los pediatras respecto a este motivo de consulta.

#### **4.2 Objetivos específicos:**

4.2.1 Realizar una comparación sobre el grado de estrés parental de los MC en relación con el niño sano y con pacientes afectados de otras enfermedades (dolor abdominal funcional, enfermedad celíaca y estreñimiento).

4.2.2 Realizar una comparación sobre el grado de repercusión psicológica de los padres de niños MC en relación con el niño sano y con pacientes afectados de otras enfermedades (dolor abdominal funcional, enfermedad celíaca y estreñimiento).

4.2.3 Conocer la afectación de la vida social, familiar y laboral de los padres y madres de MC y de niños afectados de otras enfermedades (dolor abdominal funcional, enfermedad celíaca y estreñimiento).

4.2.4 Buscar posibles factores de riesgo asociados al desarrollo del trastorno de conducta alimentaria en niños.

4.2.5 Conocer la opinión subjetiva de los padres y madres de niños MC y de niños con enfermedad digestiva (dolor abdominal, estreñimiento, enfermedad celíaca) cuando son atendidos por el pediatra por este motivo.

4.2.6 Valorar las diferencias en el grado de estrés parental y riesgo psicológico que existen en cuanto al género.

4.2.7 Valorar la sensación subjetiva, grado de conocimiento y abordaje médico por parte de los pediatras de atención primaria y especializada en relación al paciente MC.

## **5. Metodología**

## 5. 1 Diseño:

Consta de 2 estudios independientes:

- a) Estudio de casos y controles, en el que se solicitó la participación a padres y madres en forma de encuestas anónimas, en distintos ámbitos (AP y AE).
- b) Estudio transversal descriptivo de la opinión subjetiva de los pediatras, en distintos ámbitos (AP y AE).

### **5.1.A Estudio de casos y controles**

**Casos:** niño MC con edades comprendidas entre 0 y 12 años, que se encontraban en seguimiento en consulta de AE en medio hospitalario por este motivo.

**Controles:** se establecieron dos grupos de controles con edades comprendidas entre 0 y 12 años: controles sanos y controles enfermos.

- *Los controles sanos (CS)* fueron niños que acudían a control de salud rutinario en consultas de pediatría de AP sin enfermedad de base diagnosticada.
- *Los controles enfermos (CE)* fueron pacientes con otras enfermedades clasificadas como funcionales (dolor abdominal, estreñimiento, cólicos) y como orgánicas (enfermedad celíaca), que se encontraban en seguimiento en atención especializada en medio hospitalario.

En ambos casos, se entregó una encuesta anónima voluntaria a padres y madres (Anexo 1) previo consentimiento informado. Se entregaron dos copias de la encuesta para que tanto padres como madres pudieran responderla y se facilitó un sobre con franqueo pagado para que pudieran remitir la encuesta por correo ordinario al centro coordinador (Hospital Universitario de Burgos).

No se empleó ningún procedimiento de apareamiento de edad o sexo en el reclutamiento, que fue de conveniencia.

- Los centros colaboradores en el ámbito de atención primaria fueron los centros de Salud de Atención Primaria de Burgos.
- Los centros colaboradores en el ámbito de atención hospitalaria fueron centros hospitalarios de Castilla y León, Comunidad de Madrid y Castilla-La Mancha.

### **VARIABLES DE ESTUDIO**

Los cuestionarios constan de 4 partes diferenciadas:

- Datos generales del paciente (relativos a su edad, sexo, somatometría perinatal y actual, situación familiar y laboral de los padres).
- Consecuencias del problema a nivel familiar (necesidad de atención médica, uso de medicación, repercusión en la vida social, de pareja) mediante un cuestionario de elaboración propia con posibilidad de respuesta múltiple: nada, poco, bastante, mucho (Anexo 1).
- Evaluación de estrés parental: mediante escala PSI-SF de Abidin (adaptación española de Díaz-Herrero) (91,92).
- Evaluación de calidad de vida mediante la prueba de Goldberg o GHQ-28 (93), instrumento para detectar problemas de disfunción social, psicósomáticos, ansiedad y depresión.

#### Escala PSI-SF de Abidin

*Parent Stress Index* (PSI) es una prueba autoadministrada que evalúa el estrés experimentado por la persona en su rol como padre o madre de hijos de hasta 12 años. (91). Ha sido traducida a múltiples idiomas y es una herramienta ampliamente utilizada. La versión inicial está compuesta por 101 ítems. PSI-SF (91) es la versión reducida compuesta por 36 ítems y presenta un formato *likert* de respuesta de cinco opciones, desde 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo). Las tres subescalas que lo componen son:

a) Malestar paterno: determina el malestar experimentado por padres y madres al ejercer su papel de cuidadores, provocado por factores personales y directamente relacionados con el ejercicio de las funciones derivadas de este rol.

b) Interacción disfuncional padres-hijo: consiste en la percepción que padres y madres tienen del grado en que su hijo satisface o no las expectativas que tenían sobre su relación, y como esa interacción influye en su papel de padre/madre.

c) Niño difícil: valora cómo perciben los padres la facilidad o dificultad de controlar a sus hijos en función de los rasgos conductuales que poseen.

Con la suma de estas tres subescalas se obtiene una puntuación final global que se denomina Estrés Total, que constituye el grado de estrés que los padres experimentan al desempeñar su papel de cuidadores. La puntuación máxima alcanzable es 180. A mayor puntuación, mayor repercusión psicológica.

De acuerdo con las recomendaciones originales de los autores, los casos que sobrepasan el percentil 85 se consideran “estrés alto” y por encima del percentil 90 se considera clínicamente significativo. La consistencia interna (alfa de *Cronbach*) de este cuestionario obtenida con una muestra española (92), fue de 0,90 para estrés derivado del cuidado del niño, 0,87 para malestar personal y 0,91 para la escala total.

### Prueba de Goldberg o GHQ- 28

La prueba *General Health Questionnaire* (GHQ-28) de Goldberg o GHQ- 28 (93) es un cuestionario autoadministrado de fácil ejecución que consta de 28 ítems.

Fue concebido en los años 70 como método de identificación de pacientes con trastornos psíquicos en el ámbito clínico de los no especialistas en psiquiatría. En su formato original constaba de 140 ítems. A partir de él, se han ido generando versiones más cortas (GHQ-60, GHQ-30, GHQ-28, GHQ-20, GHQ-12). En España se han validado diferentes versiones, pero la más difundida y utilizada ha sido la GHQ-28, adaptada y validada por Lobo et al. en 1985 (94).

GHQ-28 ha demostrado ser un buen instrumento para detectar problemas de disfunción social, psicósomáticos, ansiedad y depresión. En conjunto, los datos disponibles han mostrado una elevada fiabilidad test-retest ( $r = 0,90$ ) con una sensibilidad de 84% y especificidad de 82 % (93,94). Tiene dos aplicaciones principales: estimar la prevalencia de la enfermedad psiquiátrica en una determinada población y captar casos de enfermedad psiquiátrica en las consultas no especializadas. Esta prueba se considera útil como método de cribado, pero no para realizar un diagnóstico clínico ni medir la gravedad de los síntomas (95).

Consta de 28 ítems agrupados en cuatro subescalas de 7 preguntas cada una, que exploran diferentes áreas: subescala A (síntomas somáticos), subescala B (ansiedad e insomnio), subescala C (disfunción social) y subescala D (depresión grave). Cada pregunta tiene cuatro posibles respuestas. Para determinar la puntuación del GHQ se ha usado la puntuación *likert*, que consiste en asignar valores de 0, 1, 2 y 3 a cada una de las cuatro posibles respuestas (a, b, c, d). Mayores niveles de puntuación se asocian a peor salud mental. Según este método el valor máximo que se puede obtener en la escala es de 84 puntos y el mínimo de cero puntos. El puntaje total se obtiene por sumatorio simple de las calificaciones en cada uno de los ítems. El punto de corte establecido para no caso/caso recomendado por el autor es 23/24 como puntuación total, aunque no es un punto de corte absoluto.

### **Tamaño muestral**

Estimamos un tamaño muestral de al menos 40 encuestas de casos y 80 de controles para detectar diferencias en las escalas equivalentes a 0,6 desviaciones estándar y estimaciones de odds ratios (OR) superiores a 3 para puntuaciones de escalas en rango patológico asumiendo contraste bilateral con error alfa 0,05 y beta 0,20.

## **Criterios de inclusión**

a) Controles sanos: pacientes que acuden a la revisión de salud programada por el pediatra sin enfermedad de base diagnosticada, desde los 0 a 12 años.

b) Controles enfermos: pacientes en seguimiento en consulta especializada con edades comprendidas entre 0-12 años y con alguno de los siguientes diagnósticos:

### b.1 Caso dolor abdominal crónico (DAC) o recurrente de características funcionales.

Engloba a su vez las siguientes entidades:

- *En los menores de 4 años (96) el DAC se establece como un “diagnóstico”, debiéndose descartar siempre organicidad, así como un trastorno somatomorfo. Se incluyen por tanto niños con dolor referido al área abdominal, al menos una vez a la semana durante al menos dos meses previos al diagnóstico. Se incluye en este grupo de edad el cólico de lactante (97): crisis de llanto inconsolable e intenso que a menudo se producen por la tarde y que se asocian a otros síntomas como distensión abdominal, movimientos de flexión de piernas sobre el abdomen y enrojecimiento cutáneo con el llanto en niños menores de tres meses por lo demás sanos.*

- *En los mayores de 4 años el DAC no es un diagnóstico sino un “síntoma” pudiéndose establecer el diagnóstico de funcional siguiendo los criterios del comité Roma III (98) por la presencia de los siguientes síntomas al menos una vez a la semana durante al menos dos meses previos al diagnóstico:*

- Dispepsia funcional: dolor abdominal localizado en hemiabdomen superior, que no mejora con la defecación ni se asocia a cambios en la consistencia o frecuencia de deposiciones, sin evidencia de enfermedad orgánica que justifique los síntomas.

- Síndrome de intestino irritable: dolor abdominal asociado a dos o más de los siguientes síntomas: afectación al menos durante el 25 % del tiempo, mejoría tras la defecación, cambios en la frecuencia y consistencia de las deposiciones, sin evidencia de enfermedad orgánica que justifique los síntomas.

- Migraña abdominal (al menos dos episodios en el último año): episodios paroxísticos de dolor periumbilical intenso y agudo al menos de una hora de duración, con intervalos libres de síntomas durante semanas o meses, el dolor interfiere con la actividad habitual y asocia a dos o más de las siguientes características: anorexia, náusea, vómitos, cefalea, fotofobia, palidez. No existe evidencia de enfermedad orgánica que justifique los síntomas.

-Dolor abdominal funcional de la infancia: dolor abdominal episódico o continuo en ausencia de criterios de otros trastornos gastrointestinales funcionales y sin evidencia de enfermedad orgánica que justifique los síntomas.

-Síndrome del dolor abdominal funcional de la infancia: dolor abdominal funcional que se acompaña además de alguno de los siguientes criterios durante al menos el 25% del tiempo: alguna pérdida de actividad habitual, cefalea, dolor de miembros o dificultades para el sueño.

#### b.2 Caso estreñimiento o disquecia del lactante:

- *En los menores de 4 años (96):*

Criterios diagnósticos de disquecia del lactante: lactantes menores de 6 meses, con episodios de esfuerzo y llanto durante al menos 10 minutos de duración antes de las deposiciones en ausencia de otros problemas de salud.

Criterios diagnósticos en niños  $\leq 4$  años de estreñimiento funcional: durante 1 mes debe cumplir dos o más de los siguientes criterios:

- $\leq 2$  deposiciones a la semana.
- Al menos 1 episodio de incontinencia a la semana tras la adquisición del control de esfínteres.
- Historia de retención fecal excesiva.
- Historia de movimientos intestinales dolorosos o intensos.

- Presencia de fecalomas en el recto.
- Historia de heces de gran tamaño que pueden obstruir el inodoro.

*-En los mayores de 4 años (98):*

Criterios diagnósticos: debe presentar al menos 1 vez a la semana en el último año, dos o más de los siguientes criterios:

- $\leq 2$  deposiciones a la semana.
- Al menos 1 episodio de incontinencia fecal a la semana.
- Historia de posturas retentivas o excesiva retención fecal voluntaria.
- Historia de movimientos intestinales dolorosos o intensos.
- Presencia de fecalomas en el recto.
- Historia de heces de gran tamaño que pueden obstruir el inodoro.

### b.3 Caso enfermedad celiaca (EC)

La EC ha de estar diagnosticada según los criterios de la Asociación Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN) de 2012 (99) aunque recientemente se han realizado modificaciones (100). Existen 2 posibilidades:

- Signos y síntomas sugerentes de EC, alto título de anticuerpos antitransglutaminasa tipo IgM  $>10$  veces el valor de referencia del laboratorio, positividad de los anticuerpos anti-endomisio y presencia de HLA DQ2 o DQ8.
- Biopsia intestinal con hallazgos de atrofia vellositaria asociado a clínica compatible y/o positividad de anticuerpos anti-transglutaminasa.

#### b.4 Caso niño mal comedor o con dificultades en la alimentación:

Diagnóstico según criterios DSM V (17) en base a la opinión de sus padres. Ha de cumplir los siguientes ítems:

A Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a uno o más de los siguientes hechos:

- Pérdida de peso significativa.
- Deficiencia nutritiva significativa.
- Dependencia de nutrición enteral o suplementos nutritivos orales.
- Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.

B El trastorno no se explica por falta de alimentos disponibles o factores culturales.

C No se produce en el curso de anorexia o bulimia nerviosa, no existe alteración en la propia percepción del peso.

D No se atribuye a una afección médica, y si se produce en el contexto de ésta, es mayor que lo esperado.

#### **Criterios de exclusión**

**Generales para todos los grupos:** cualquier otra enfermedad diagnosticada de forma previa o a lo largo de la realización del estudio, tales como: enfermedad neurológica, metabólica, cromosopatías, retraso psicomotor, alteraciones de la deglución, alergias alimentarias, alteraciones psiquiátricas.

**Específicas de grupo:** aparición de signos o síntomas de alarma que orienten hacia sospecha de enfermedad de base orgánica (96,98).

b.1 Grupo dolor abdominal / cólico de lactante.

Aquellos signos o síntomas que sugieran un origen no funcional del trastorno tales como: localización del dolor lejos de la zona periumbilical o irradiación a miembros y espalda, dolor persistente en los cuadrantes superior o inferior derechos, presencia de sangre en heces, estado nauseoso y vómitos, disfagia, artritis o artralgias, diarrea nocturna, dolor nocturno que despierta al niño no así el que dificulte conciliar el sueño (ítem excluido en caso de cólico de lactante), presencia de fiebre, síndrome miccional, pérdida de peso no voluntaria o detención de la talla, antecedentes familiares relevantes (enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celiaca o úlcera péptica), anorexia, eritema nodoso, pérdidas hemáticas gastrointestinales, dolor a la presión localizado en los cuadrantes superior o inferior derechos, distensión o un efecto masa localizados, hepatomegalia y esplenomegalia, dolor a la presión en el ángulo costovertebral o en la columna vertebral, anomalías perianales (úlceras perirrectales y/o fisuras anales) o hematoquecia.

## b.2 Grupo estreñimiento

Estreñimiento secundario a enfermedad de base orgánica orgánica, tales como: trastornos endocrinos y metabólicos, hipotiroidismo, acidosis renal, diabetes insípida, hipercalcemia, asociación a lesiones anales como estenosis y atresia anal, trastornos de la médula espinal (mielomeningocele, tumor, etc.), parálisis cerebral, hipotonía, enfermedad de Hirschsprung, pseudoobstrucción intestinal crónica, asociación con ingesta de drogas (metilfenidato, fenitoína, imipramina, fenotiacidas, antiácidos, codeína).

## **Análisis estadístico**

Se realizó estadística descriptiva de todas las variables globalmente y por grupos, con análisis de frecuencias relativas y absolutas de variables cualitativas y medidas de tendencia y dispersión de variables cuantitativas. Todas las estimaciones se realizaron con sus intervalos de confianza del 95%. Se compararon variables cualitativas por grupos mediante test de ji cuadrado o pruebas exactas, y variables cuantitativas mediante test de ANOVA o alternativas no paramétricas. Se realizaron modelos de regresión logística no condicional para puntuaciones categorizadas y de regresión ordinal para puntuaciones

cuantitativas, para comprobar la mayor o menor presencia de estrés parental asociada al grupo de estudio, ajustando por covariables de edad, sexo y factores sociofamiliares (padre-madre, situación laboral y formación). Se emplearon puntos de corte de referencia y estimados del grupo control sano. Se utilizó el programa IBM *SPSS Statistics* versión 2.

### **5. 1. B) Estudio descriptivo sobre la opinión de los pediatras**

A los pediatras tanto de AP (Centros de Salud de Castilla y León) como de AE (Sección de Gastroenterología Infantil, en varios hospitales de España) se les entregó un cuestionario anónimo (Anexo 3) no validado, que consta de varios ítems para valorar su opinión subjetiva, grado de conocimiento y manejo global ante un paciente con dificultades en la alimentación. Dichos cuestionarios se hicieron llegar a los pediatras mediante 2 posibles vías: vía email o encuesta en papel.

- Vía mail: previa solicitud a su Gerencia de Atención Primaria correspondiente, y a la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, en el caso de los especialistas hospitalarios.
- Encuesta en papel: mediante encuestas anónimas facilitadas en congresos de rango nacional.

Criterios de inclusión: licenciado especialista en pediatría, que trabaje en ámbito de AP o AE.

#### **Análisis estadístico**

Se realizó estadística descriptiva de todas las variables globalmente y por grupos, con análisis de frecuencias relativas y absolutas de variables cualitativas. Se utilizó el programa IBM *SPSS Statistics* versión 25.

## **5.2 Cronología**

Lugar de coordinación del proyecto: Hospital Universitario de Burgos

2016: Diseño del estudio. Presentación al Comité de Ética del Hospital Universitario de Burgos. Preparación del material.

2017: Contacto y solicitud de colaboración:

- A la Gerencia de Atención Primaria de Burgos, Valladolid, León, Palencia, Salamanca, Zamora para la recogida de datos de pacientes (controles sanos) mediante el anexo 1 y encuesta de opinión de pediatras, vía email.
- A varios centros hospitalarios: Castilla y León, Comunidad de Madrid y Castilla la Mancha (casos y controles enfermos) mediante el anexo 1.
- A la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica: para la encuesta de opinión de pediatras que trabajan en la Sección de Gastroenterología Infantil a nivel hospitalario, vía email.

2017-2019: Recogida de encuestas.

2020: Análisis de datos. Resultados.

## **5.3 Aspectos éticos y legales**

Este estudio se ha llevado a cabo tras la aceptación del Comité de Ética del Hospital Universitario de Burgos (Referencia CEIC 1607, mayo de 2016).

Previo a la recogida de encuestas a las familias se explica que se trata de un estudio anónimo y voluntario. Se solicita consentimiento informado por escrito (ver anexo 2).

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Este proyecto ha recibido una ayuda de 1000 euros de la *Fundación Burgos por la Investigación de la Salud* (CIG G-09254616) en enero de 2017.

## **6. Resultados**

## 6. A Estudio de casos y controles.

Se recogieron un total de 238 encuestas; 102 correspondientes a controles sanos (CS), 88 con enfermedad digestiva, considerados controles enfermos (CE: 56 enfermedad celíaca, 13 estreñimiento, 19 dolor abdominal) y 48 de MC. Las encuestas corresponden a un total de 133 pacientes, de los que 59 eran varones, sin diferencias por sexos entre grupos (MC 48%, CS 42,3% y CE 44,8%). En la tabla 1 se presentan las características de los distintos grupos.

**Tabla 1. Características de los pacientes incluidos en el estudio.**

	Control sano (n=59)		MC (n=25)		Control enfermo (n=49)		p1*	p2*
<b>Nacimiento</b>	<b>Media (mediana)</b>	<b>DE (RIC)</b>	<b>Media (mediana)</b>	<b>DE (RIC)</b>	<b>Media (mediana)</b>	<b>DE (RIC)</b>		
EG (semanas)	40 (39)	2 (38 a 41)	38 (39)	4 (36-40)	39 (40)	2 (38-40)	0,20	0,23
Peso (kg)	3,21 (3,20)	0,50 (2,90 a 3,55)	2,77 (2,90)	0,75 (2,60 a 3,20)	3,08 (3,15)	0,56 (2,73 a 3,48)	<b>0,01</b>	0,08
Talla (cm)	50,29 (50)	2,50 (50 a 51,75)	47,25 (48)	5,37 (47,75 a 50)	50,02 (50)	3,71 (49 a 51)	<b>0,02</b>	<b>0,05</b>
<b>Actual</b>								
Edad (años)	4,49 (2,82)	4,2(1,98 a 4,05)	2,93 (2,20)	2,47 (1,67 a 3,40)	7,08 (6,65)	4,15 (5,19 a 8,54)	0,23	<b>&lt;0,01</b>
Z peso	0,57 (0,12)	3,45 (-0,44 a 0,49)	-0,74 (-1,13)	2,27 (-1,46 a -0,62)	0,18 (0,13)	0,96 (-0,28 a 0,52)	0,62	0,19
Z talla	1,21 (0,80)	3,31 (0,55 a 1,19)	0,56 (0,22)	3,66 (-0,59 a 0,61)	0,85 (1,10)	1,46 (0,38 a 1,39)	0,71	0,18
Z IMC	-0,44 (-0,54)	1,41 (-1,14 a -0,15)	-1,68 (-1,72)	0,94 (-1,96 a -1,34)	-0,45(-0,48)	0,94 (-0,69 a -0,30)	0,07	0,58

\*p1 compara control sano con NDA, y p2 NDA con control enfermo.

MC: malos comedores. EG: edad gestacional. DE: desviación estándar. RIC: rango intercuartílico. IMC: índice de masa corporal. Z: puntuación Z.

Respondieron un total de 130 madres y 108 padres, sin diferencias significativas entre los 3 subgrupos. Los MC tuvieron menor peso y talla al nacimiento que los controles sanos, sin diferencias significativas en otras variables. Los controles enfermos tenían mayor edad que los otros grupos.

No se hallaron diferencias respecto a prematuridad, ni se ha identificado ser hijo primogénito como factor de riesgo previamente descrito (35) pero sí menor peso al nacimiento. Tampoco se evidencian diferencias en cuanto al estado nutricional actual (tanto desnutrición como sobrepeso) ni sobre los antecedentes familiares de la misma enfermedad (enfermedad celíaca, trastorno digestivo funcional o dificultades en la alimentación). No se evidencia correlación (coeficiente de Spearman -0,9 p=0,31) entre niveles totales de estrés o repercusión psicológica de los padres en relación con la situación nutricional del niño (Z score de peso, talla, e IMC).

Respecto la mediana de edad del inicio de la aparición de síntomas, fue de 6 meses para el grupo MC y de 24 meses para los CE (p<0,01).

**Tabla 2. Características de los cuestionarios analizados por grupos.**

	Control sano (n=102)		MC (n=48)		Control enfermo (n=88)		p1*	p2*
<b>Situación familiar</b>								
Viven juntos	101	99,0%	46	95,8%	86	97,7%		
Separados o divorciados	1	1,0%	2	4,2%	2	2,3%	0,24	0,61
<b>Situación laboral</b>								
Trabajan padre y madre	79	80,6%	28	58,3%	68	77,3%		
Solo madre	6	6,1%	4	8,3%	4	4,5%		
Solo padre	13	13,3%	12	25,0%	16	18,2%		
Ninguno	0	0,0%	4	8,3%	0	0,0%	<b>&lt;0,01</b>	<b>0,01</b>
<b>Nivel de estudios</b>								
Básicos	5	4,9%	6	12,5%	11	12,5%		
Secundarios	29	28,4%	22	45,8%	37	42,0%		
Universitarios	68	66,7%	20	41,7%	40	45,5%	<b>0,01</b>	0,90

\*p1 compara control sano con MC, y p2 MC con control enfermo. MC: malos comedores.

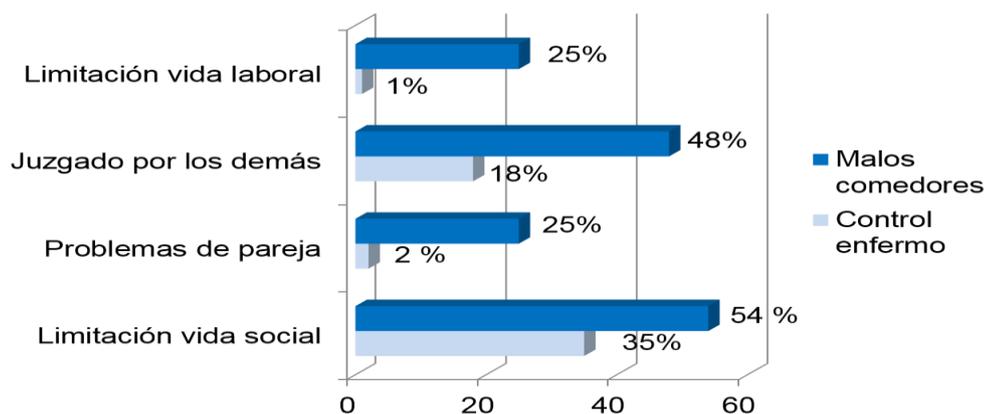
Se analizaron la situación laboral y familiar de los padres, así como su nivel de estudios, que fueron superiores en el grupo control sano (tabla 2). En un 8,3% del grupo MC, no trabajaba el padre ni la madre (vs 0% tanto en control sano como en control enfermo).

Se detectan diferencias significativas en el uso de sonda nasogástrica (un 18,8% de los casos frente un 0% de los controles) aunque no sabemos si fue un uso anterior o posterior al diagnóstico.

En cuanto a las relaciones sociales, los padres de los MC encuentran limitaciones en su vida social, asistencia al trabajo y repercusión en su vida de pareja (figura 1 y tabla 3). Es relevante la repercusión en la esfera socio familiar de los padres MC ya que perciben más problemas de forma significativa: 1 de cada 4 considera que este problema le afecta a nivel de pareja e incluso se siente juzgado por su propia pareja. En el ámbito social casi el 50% se sienten juzgados por los demás sobre su manejo de la situación y más de la mitad han tenido que restringir su vida social por el problema de su hijo. En el ámbito laboral, a 1 de cada 4 le ha impedido ir a trabajar, y 1 de cada 3 acude o se ha planteado solicitar ayuda psicológica (figura 1 y tabla3).

El grado de insatisfacción con la atención recibida y pautas aconsejadas por el pediatra fue el doble en los MC que en los niños con otras enfermedades de forma estadísticamente significativa: el 45% de ellos no se sienten escuchados por su pediatra ni están de acuerdo con la pauta de tratamiento, y casi el 50% considera que tuvieron que insistir en la derivación a consulta especializada (figura 2 y tabla 3).

**Figura 1. Afectación en la vida social, familiar y laboral\***



\*referido a las opciones de respuesta "bastante/mucho" frente a "nada/poco".

**Tabla 3. Asistencia médica, relaciones sociales y otros.**

		MC (n=48)		Control enfermo (n=88)		p
<b>Atención hospitalaria</b>						
¿Ha precisado atención en Urgencias?	bastante/mucho <sup>1</sup>	6	12,5%	5	5,7%	0,19
¿Ha precisado ingreso hospitalario?	si	7	14,6%	11	12,5%	0,73
¿Ha necesitado sonda nasogástrica para alimentación?	si	9	18,8%	1	1,1%	<b>&lt;0,01</b>
<b>Relación con el pediatra</b>						
¿Te sientes escuchado/a por tu pediatra?	nada/algo <sup>2</sup>	22	45,8%	18	20,9%	<b>&lt;0,01</b>
¿Tuviste que insistir al pediatra para que derivara a tu hijo al especialista?	bastante/mucho <sup>1</sup>	21	43,8%	20	23,0%	<b>0,01</b>
¿Estás de acuerdo con las pautas que te ha dado tu pediatra?	nada/algo <sup>2</sup>	23	47,9%	21	24,1%	<b>0,05</b>
<b>Relaciones sociales</b>						
Debido al problema de tu hijo/a, ¿estás teniendo problemas con tu pareja?	bastante/mucho <sup>1</sup>	12	25,0%	2	2,3%	<b>&lt;0,01</b>
¿Te sientes juzgado/a por los demás sobre cómo manejas este problema con tu hijo/a?	si	23	47,9%	16	18,4%	<b>&lt;0,01</b>
¿Te sientes juzgado/a por tu pareja?	si	6	12,5%	2	2,3%	<b>0,02</b>
En relación con este problema ¿has tenido que solicitar ayuda de un psicólogo?	si/me lo he planteado <sup>3</sup>	18	37,5%	8	9,1%	<b>&lt;0,01</b>
¿El problema te ha impedido ir/incorporarte a trabajar?	bastante/mucho <sup>1</sup>	12	25,0%	1	1,1%	<b>&lt;0,01</b>
¿El problema limita vuestra vida social?	si	26	54,2%	31	35,2%	<b>0,03</b>
<b>Otros</b>						
¿Ha comprado medicación/suplementos vitamínicos sin indicación del pediatra?	si	9	18,8%	16	18,2%	0,94
¿Has consultado en internet sobre el problema?	bastante/mucho <sup>1</sup>	22	45,8%	47	54,0%	0,36

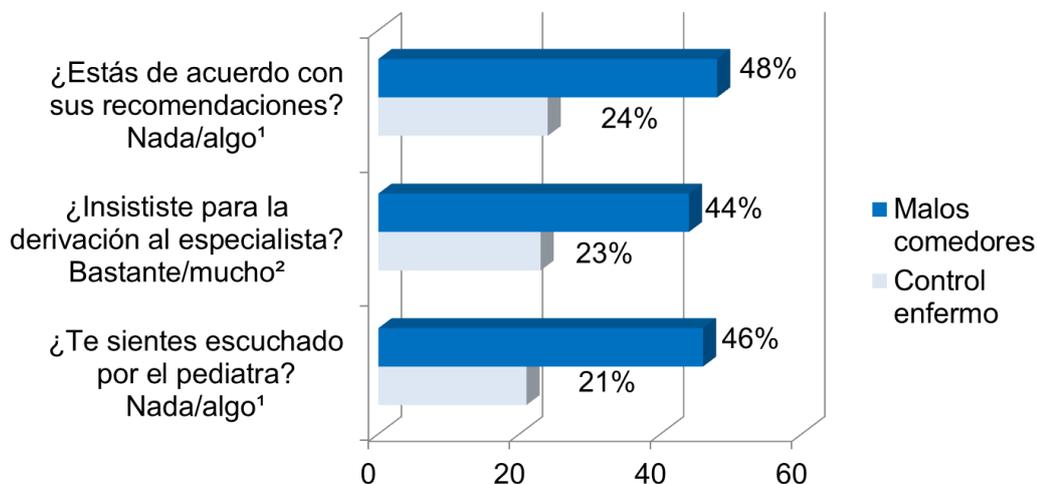
<sup>1</sup> Respecto a nada/poco.

<sup>2</sup> Respecto a bastante/mucho.

<sup>3</sup>Respecto a no/por otros motivos.

MC: malos comedores.

**Figura 2. Afectación de la vida social, familiar y laboral**



<sup>1</sup>respecto bastante/mucho, <sup>2</sup>respecto nada/poco

En relación con los niveles de estrés parental y rasgos ansioso-depresivos (escalas PSI-SF y GHQ-28), estos son superiores en los padres y madres de los MC (figura 3). En cuanto a GHQ-28, existe significación tanto a nivel de la puntuación total como a nivel de las subescalas, salvo la subescala c (disfunción social) (tabla 4). Para el resto de las subescalas: a (síntomas somáticos), b (ansiedad e insomnio), y c (depresión grave) se encuentra significación. En relación con la escala PSI-SF, se encuentra significación tanto a nivel de las 4 subescalas como de la puntuación total de la prueba (tabla 4).

Al comparar los pacientes con los diversos trastornos o CE (dolor abdominal, estreñimiento, enfermedad celíaca) en relación con el niño sano (tablas 1, 2, 4, y 5), no se encuentra significación a nivel de las escalas GHQ-28 ni PSI-SF.

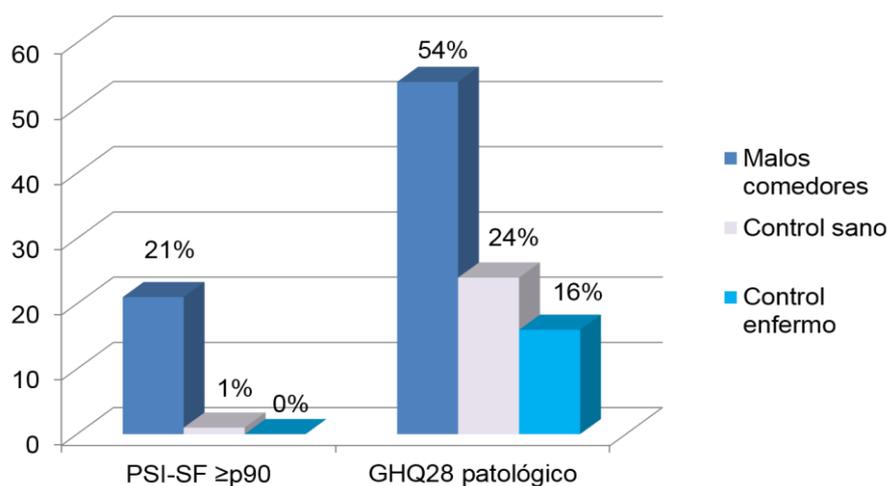
Se analizó la época del año en que se contestó la encuesta, por su posible sesgo en relación con el estado de ánimo de los padres, sin diferencias entre grupos ( $p=0,82$ ).

**Tabla 4. Escala PSI SF y GHQ-28.**

<i>Puntuación total</i>	Control sano (n=102)		MC (n=48)		Control Enfermo (n=88)		p1*	p2*
	Mediana	RIC	Mediana	RIC	Mediana	RIC		
<b>Total PSI-SF</b>	65	55-76	82	68,5-107,5	65	50-80	<0,01	<0,01
subescala MP	24	19-75	30	23-40	22	16,5-28	<0,01	<0,01
subescala IDPH	19	16-24	23	17,5-29	18	15-23	<0,01	<0,01
subescala ND	22	19-25	31	25-36,5	21	17-28	<0,01	<0,01
<b>Total Test GHQ-28</b>	16	12-22	26	15-34,5	14	11-21	<0,01	<0,01
subescala A	4	2-7	7	3-10,5	4	2-6	<0,01	<0,01
subescala B	5	2-7	8	5-11	4	2-6	<0,01	<0,01
subescala C	7	6-8	7	6-9	7	6-7	0,35	0,13
subescala D	0	0-1	2	0-4,5	0	0-1	<0,01	<0,01
<i>Puntuación elevada</i>	n	%	n	%	n	%		
<b>PSI-SF ≥p85</b>	1	1,0%	12	25,0%	0	0,0%	<0,01	<0,01
subescala MP≥p85	6	5,9%	16	33,3%	7	8,0%	<0,01	<0,01
subescala IDPH≥p85	2	2,0%	8	16,7%	2	2,3%	<0,01	<0,01
subescala ND≥p85	3	2,9%	11	22,9%	1	1,1%	<0,01	<0,01
<b>PSI-SF ≥ p90</b>	1	1,0%	10	20,8%	0	0,0%	<0,01	<0,01
subescala MP≥p90	3	2,9%	13	27,1%	3	3,4%	<0,01	<0,01
subescala IDPH≥p90	0	0,0%	3	6,3%	2	2,3%	<b>0,03</b>	0,34
subescala ND≥P90	2	2,0%	7	14,6%	0	0,0%	<b>0,01</b>	<b>0,01</b>
<b>Test GHQ-28 patológico</b>	24	23,5%	26	54,2%	14	15,9%	<0,01	<0,01
subescala A	38	37,3%	29	60,4%	23	26,1%	<0,01	<0,01
subescala B	38	37,3%	35	72,9%	26	29,5%	<0,01	<0,01
subescala C	87	85,3%	39	81,3%	76	86,4%	0,53	0,43
subescala D	5	4,9%	8	16,7%	6	6,8%	<b>0,03</b>	0,08

\*p1 compara control sano con MC y p2 MC con control enfermo. MC: malos comedores. PSI SF: Parental Stress Index Short Form. MP: malestar paterno. IDPH: interacción disfuncional padres-hijo. ND: niño difícil.

**Figura 3. Escalas PSI-SF >p90 y GHQ-28 patológico en los distintos grupos de estudio.**



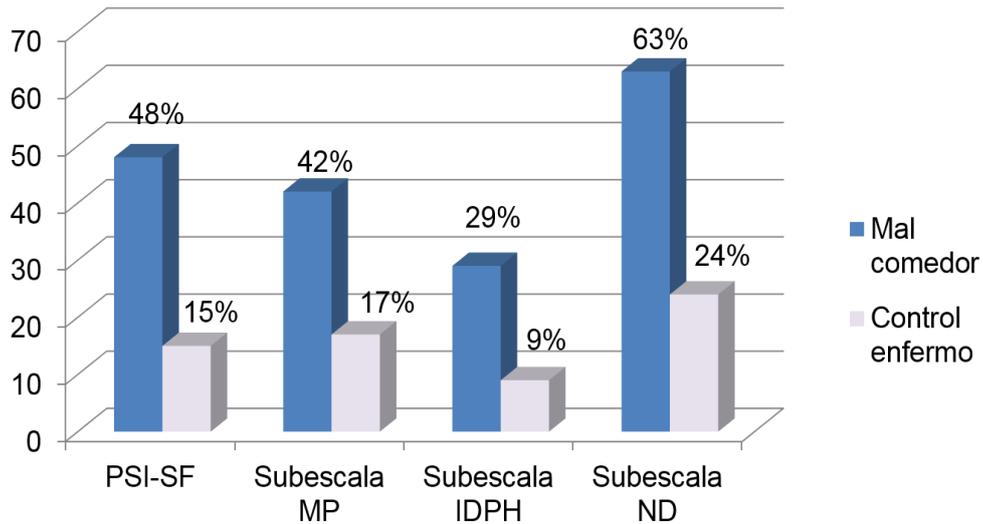
**Tabla 5. Escala PSI SF y GHQ28 ajustado según nuestra población control\*.**

	MC (n=48)	Control enfermo (n=88)	p		
<b>PSI SF p≥90*</b>	23	47,9%	13	14,8%	<b>&lt;0,01</b>
subescala MP ≥p90*	20	41,7%	15	17,0%	<b>&lt;0,01</b>
subescala IDPH ≥p90*	14	29,2%	8	9,1%	<b>&lt;0,01</b>
subescala ND ≥p90*	30	62,5%	21	23,9%	<b>&lt;0,01</b>
<b>Test GHQ28 ≥ p90*</b>	16	33,3%	6	6,8%	<b>&lt;0,01</b>
subescala A ≥p90*	12	25,0%	3	3,4%	<b>&lt;0,01</b>
subescala B ≥p90*	17	35,4%	7	8,0%	<b>&lt;0,01</b>
subescala C ≥p90*	11	22,9%	7	8,0%	<b>0,01</b>
subescala D ≥p90*	14	29,2%	11	12,5%	<b>0,01</b>
<b>Test GHQ28 ≥p95*</b>	8	16,7%	2	2,3%	<b>&lt;0,01</b>
subescala A ≥p95*	4	8,3%	1	1,1%	<b>0,05</b>
subescala B ≥p95*	9	18,8%	3	3,4%	<b>&lt;0,01</b>
subescala C ≥p95*	8	16,7%	3	3,4%	<b>0,01</b>
subescala D ≥p95*	8	16,7%	6	6,8%	0,08

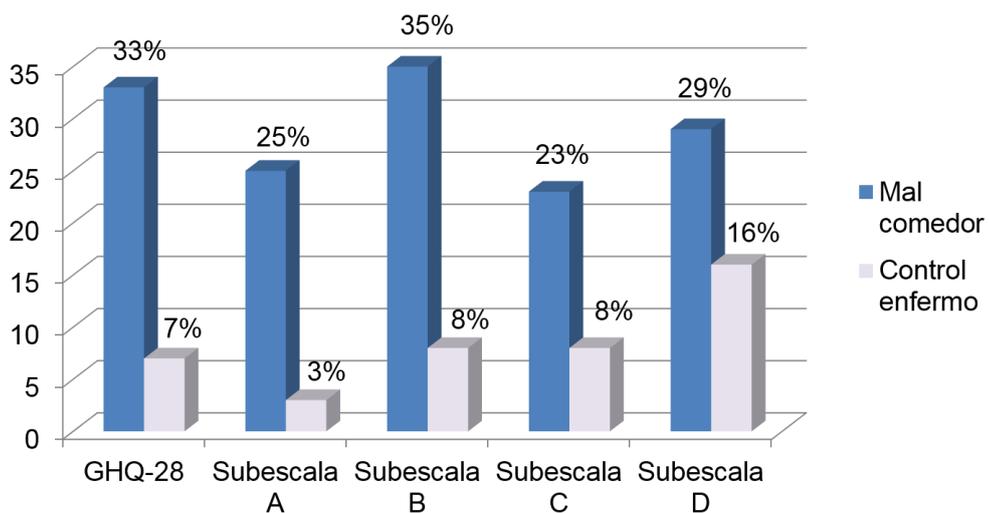
MC: malos comedores. PSI SF: Parental Stress Index Short Form. MP: malestar paterno. IDPH: interacción disfuncional padres-hijo. ND: niño difícil.

Los resultados son similares para ambas escalas cuando se reajustan los puntos de corte según el percentil 90 de nuestra población control sano (figuras 4 y 5, tabla 5).

**Figura 4. PSI-SF y subescalas > p90 ajustadas según nuestra población control sano.**



**Figura 5. GHQ28 y subescalas > p90 ajustadas según nuestra población control sano.**



En las tablas 6a y 6b se presenta el análisis ajustado entre grupos, controlando por diferencias de sexo, edad (menor/mayor de 3 años) y tipo de encuestado (padre/madre). Las variables situación laboral y formación de los padres no se introdujeron en el ajuste por presencia de colinealidad. Se presentan las diferencias de medias ajustadas (DMA) de las puntuaciones y las OR ajustadas de valores superiores a los diferentes puntos de corte empleados; para todas las puntuaciones globales y para la mayoría de las subescalas las estimaciones eran desfavorables para los MC.

**Tabla 6a. Análisis ajustado por edad, sexo y encuestado (padre-madre) entre grupos.**

<b>Puntuaciones totales</b>	MC vs control sano		MC vs control enfermo	
	DMA IC 95%	p	DMA IC 95%	p
<b>Estrés total (PSI-SF)</b>	21 (12,19-29,81)	< <b>0,01</b>	20 (9,81-30,19)	< <b>0,01</b>
Subescala MP	5 (1,32-8,67)	<b>0,01</b>	6,5(1,79-11,20)	<b>0,01</b>
Subescala IDPH	3,5 (0,37-6,62)	<b>0,03</b>	4 (0,47-7,52)	<b>0,03</b>
Subescala ND	9 (6,06-11,93)	< <b>0,01</b>	9,5 (5,58-13,41)	< <b>0,01</b>
<b>Test GHQ-28 total</b>	8 (3,96-12,04)	< <b>0,01</b>	11(7,47-14,52)	< <b>0,01</b>
Subescala A	2,5(0,85-4,15)	< <b>0,01</b>	3 (1,04-4,96)	< <b>0,01</b>
Subescala B	4 (2,16-5,84)	< <b>0,01</b>	4(2,43-5,57)	< <b>0,01</b>
Subescala C	0 (0,73-0,73)	1	0 (0,39-0,39)	1
Subescala D	2 (1,63-2,37)	< <b>0,01</b>	2 (1,61-2,39)	< <b>0,01</b>
<b>Puntuaciones elevadas</b>	ORa IC 95%	p	ORa IC 95%	p
<b>Estrés total (PSI-SF) ≥ p85</b>	47,06 (5,61-394,24)	< <b>0,01</b>	No estimable	-
Subescala MP	7,88 (2,78-22,33)	< <b>0,01</b>	6,22 (2,28-16,99)	< <b>0,01</b>
Subescala IDPH	13,94 (2,67-72,80)	< <b>0,01</b>	16,91 (3,14-91,04)	<b>0,01</b>
Subescala ND	12,05 (3,04- 47,67)	< <b>0,01</b>	44,96 (5,20-388,62)	< <b>0,01</b>
<b>Estrés total (PSI-SF) ≥p90</b>	36,74 (4,33-311,20)	< <b>0,01</b>	No estimable	-
Subescala MP	16,05 (3,84-67,13)	< <b>0,01</b>	12,56 (3,19-49,43)	< <b>0,01</b>
Subescala IDPH	No estimable	-	6,30 (0,96-41,11)	<b>0,05</b>
Subescala ND	11,25 (2,13-59,39)	< <b>0,01</b>	No estimable	-

DMA: diferencia de medias ajustada. ORa: Odds ratio ajustadas. IC Intervalo de confianza. MC: malos comedores. PSI SF: Parental Stress Index Short Form. MP: malestar paterno. IDPH: interacción disfuncional padres-hijo. ND: niño difícil. GHQ-28: Prueba de Goldberg.

**Tabla 6b. Análisis ajustado por edad, sexo y encuestado (padre-madre) entre grupos.**

	MC vs control sano		MC vs control enfermo	
	DMA IC 95%	p	DMA IC 95%	p
<b>Test GHQ-28 patológico</b>	4,18 (1,96-8,87)	<b>&lt;0,01</b>	6,25 (2,79-13,98)	<b>&lt;0,01</b>
Escala A	2,56 (1,21-5,38)	<b>0,01</b>	3,86 (1,70-8,76)	<b>&lt;0,01</b>
Escala B	4,74 (2,18-10,32)	<b>&lt;0,01</b>	6,42 (2,93-14,06)	<b>&lt;0,01</b>
Escala C	0,63 (0,25-1,63)	0,34	0,76 (0,27-2,16)	0,61
Escala D	3,88 (1,19-12,58)	<b>0,02</b>	2,73 (0,89-8,41)	0,08
<b>Test GHQ-28 <math>\geq</math>p90 nuestra población</b>	4,14 (1,74-9,84)	<b>&lt;0,01</b>	6,83 (2,46-19,01)	<b>&lt;0,01</b>
Subescala A	3,39 (1,31-8,78)	<b>0,01</b>	10,29 (2,68-39,47)	<b>&lt;0,01</b>
Subescala B	3,97 (1,69-9,37)	<b>&lt;0,01</b>	6,35 (2,40-16,78)	<b>&lt;0,01</b>
Subescala C	2,32 (0,92-5,91)	0,08	3,44 (1,24-9,58)	<b>0,02</b>
Subescala D	3,68 (1,49-9,09)	<b>0,01</b>	2,88 (1,18-6,99)	<b>0,02</b>
<b>Test GHQ-28 <math>\geq</math> p95 nuestra población</b>	3,88 (1,19-12,58)	<b>0,02</b>	8,60 (1,75-42,35)	<b>&lt;0,01</b>
Subescala A	1,51 (0,41-7,79)	0,53	7,91 (0,86-72,90)	0,07
Subescala B	3,69 (1,23-11,07)	<b>&lt;0,01</b>	6,54 (1,68-25,49)	<b>&lt;0,01</b>
Subescala C	3,65 (1,11-11,99)	<b>0,03</b>	5,67 (1,43-22,50)	<b>0,01</b>
Subescala D	3,88 (1,19-12,58)	<b>0,02</b>	2,73 (0,89-8,41)	0,08

DMA: diferencia de medias ajustada. ORa: Odds ratio ajustadas. IC Intervalo de confianza. MC: malos comedores. PSI SF: Parental Stress Index Short Form. MP: malestar paterno. IDPH: interacción disfuncional padres-hijo. ND: niño difícil. GHQ-28: Prueba de Goldberg.

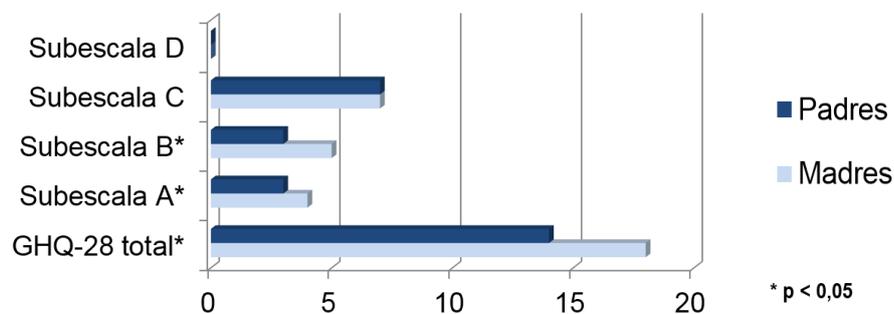
Se detectan diferencias de género parental en los resultados de las escalas cuando se analizan de forma global (incluyendo todos los grupos, casos y controles): en el test GHQ-28 las madres presentan mayor riesgo de repercusión psicológica (DMA 4; IC95% 0,83 a 7,17), tanto en los valores totales del test como a nivel de las subescalas a y b (figura 6). En cuanto a PSI-SF, no se evidencian diferencias en los niveles totales de estrés (DMA 9; IC95% -0,17 a 18,17), aunque sí se detectan en la escala MP (tabla 7 y figura 7).

**Tabla 7. Diferencias de género globales.**

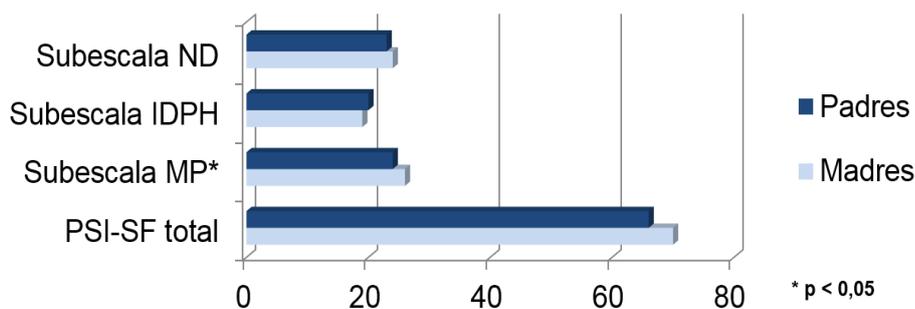
Puntuaciones totales	Madres (n=130)		Padres (n=108)		p
	Mediana	RIC	Mediana	RIC	
<b>Estrés total (PSI-SF)</b>	69,5	57-83	66	52,50-79	0,14
Subescala MP	25,5	19-31	23,5	16,50-27,50	<b>0,02</b>
Subescala IDPH	19	16-24	20	15,50-25	0,86
Subescala ND	24	19-29	23	17,50-27,50	0,15
<b>Test GHQ-28 total</b>	18	13-27	14	10-22	<b>&lt;0,01</b>
Subescala A	4	3-6	3	2-4	<b>&lt;0,01</b>
Subescala B	5	3-6	3	2-5	<b>&lt;0,01</b>
Subescala C	7	5-7	7	6-7	0,11
Subescala D	0	0-2	0	0-1,50	0,13

RIC: rango intercuartílico. PSI SF: Parental Stress Index Short Form. MP: malestar paterno. IDPH: interacción disfuncional padres-hijo. ND: niño difícil. GHQ-28: Prueba de Goldberg.

**Figura 6. Diferencias de género globales en la mediana de GHQ28 y subescalas.**



**Figura 7. Diferencias de género globales en la mediana de PSI-SF y subescalas.**



Sin embargo, cuando se analiza únicamente el subgrupo de padres y madres de pacientes MC, estas diferencias no son significativas (Tabla 8).

**Tabla 8. Diferencias de género subgrupo MC.**

<b>Puntuaciones totales</b>	<b>Madres MC (n=25)</b>		<b>Padres MC (n=23)</b>		<b>p</b>
	<b>Mediana</b>	<b>RIC</b>	<b>Mediana</b>	<b>RIC</b>	
<b>Estrés total (PSI-SF)</b>	87	69-102	79	60-113	0,38
Subescala MP	30	27-43	28	23-39	0,19
Subescala IDPH	23	18-49	23	17-34	0,93
Subescala ND	33	27-36	29	20-37	0,28
<b>Test GHQ28 total</b>	28	17-36	23	14-32	0,27
Subescala A	7	5-12	7	2-9	0,19
Subescala B	8	5-11	8	4-11	0,64
Subescala C	7	6-10	7	6-9	0,77
Subescala D	3	1-7	2	0-3	0,27

RIC: rango intercuartílico. MC: malos comedores. PSI SF: Parental Stress Index Short Form. MP: malestar paterno. IDPH: interacción disfuncional padres-hijo. ND: niño difícil. GHQ-28: Prueba de Goldber.

En los menores de 3 años, la principal responsable de la alimentación en los controles fue la madre, en un 51,9% y ambos padre y madre, en un 37%. Sin embargo, en los casos, fueron ambos en el 56,7% y sólo la madre en un 33,3%, aunque estas diferencias, no significativas, podrían deberse al azar. No se han detectado diferencias según conteste el padre o la madre.

## Colectivo celíaco

Dado que el tamaño muestral de los niños celíacos hubiera sido suficiente para considerarlos por separado como grupo control enfermo y se trata de una muestra homogénea, se realiza una comparación entre casos con MC y el subgrupo de controles enfermos celíacos (tablas 9-13)

Con relación a las características de la población (tabla 9), el grupo de control celíaco tiene mayor edad, peso e IMC que el grupo MC.

No se detectan diferencias a nivel de la situación familiar ni laboral (tabla 10). Los padres del colectivo celíaco perciben una limitación de la vida social en más del 50%.

No se observaron diferencias reseñables en cuanto a la repercusión en el resto de las relaciones sociales, de la relación con el pediatra, ni de las escalas GHQ-28 y PSI-SF con respecto a la comparación con todos los controles enfermos (tablas 11, 12 y 13).

**Tabla 9. Características de los casos y de los controles celíacos.**

	MC (n=25)		Control celíaco (n=30)		
<b>Nacimiento</b>	<b>Media (mediana)</b>	<b>DE (RIC)</b>	<b>Media (mediana)</b>	<b>DE (RIC)</b>	<b>P</b>
EG (semanas)	38 (39)	4 (36-40)	39,21 (40)	1,69 (38-40)	0,25
Peso (kg)	2,77 (2,90)	0,75 (2,60 a 3,20)	3,09 (3,10)	0,46 (2,75 a 3,30)	0,15
Talla (cm)	47,25 (48)	5,37 (47,75 a 50)	50,36 (50)	1,50 (50 a 51)	<b>&lt;0,01</b>
<b>Actual</b>					
Edad (años)	2,93 (2,20)	2,47 (1,67 a 3,40)	7,50 (7,54)	4,22 (2,79 a 11,60)	<b>&lt;0,01</b>
Z peso	-0,74 (-1,13)	2,27 (-1,46 a -0,62)	0,08 (-0,13)	1,08 (-0,78 a 0,81)	<b>&lt;0,01</b>
Z talla	0,56 (0,22)	3,66 (-0,59 a 0,61)	0,61 (0,78)	1,64 (-0,48 a 1,52)	0,22
Z IMC	-1,68 (-1,72)	0,94 (-1,96 a -1,34)	-0,42 (-0,46)	1,11 (-0,99 a 0,08)	<b>&lt;0,01</b>

MC: malos comedores. EG: edad gestacional. DE: desviación estándar. RIC: rango intercuartílico. IMC: índice de masa corporal. Z: puntuación Z.

**Tabla 10. Características de los cuestionarios analizados en los casos y en los controles celíacos.**

<b>Situación familiar</b>	<b>MC (n=48)</b>		<b>Control celíaco (n=56)</b>		<b>p</b>
Viven juntos	46	95,8%	55	98,2%	
Separados o divorciados	2	4,2%	1	1,8%	0,59
<b>Situación laboral</b>					
Trabajan padre y madre	28	58,3%	43	76,8%	
Solo madre	4	8,3%	2	3,6%	
Solo padre	12	25,0%	11	19,6%	
Ninguno	4	8,3%	0	0,0%	0,06
<b>Nivel de estudios</b>					
Básicos	6	12,5%	7	12,5%	
Secundarios	22	45,8%	28	50,0%	
Universitarios	20	41,7%	21	37,5%	0,90

MC: malos comedores.

**Tabla 11. Asistencia médica, relaciones sociales y otras variables en casos y controles celíacos.**

<b>Atención hospitalaria</b>		MC (n=48)		Control celiaco (n=56)		p
¿Ha precisado atención en Urgencias?	bastante/mucho <sup>1</sup>	6	12,5%	0	0,0%	<0,01
¿Ha precisado ingreso hospitalario?	si	7	14,6%	6	10,7%	0,56
¿Ha necesitado sonda nasogástrica para alimentación?	si	9	18,8%	0	0,0%	<0,01
<b>Relación con el pediatra</b>						
¿Te sientes escuchado/a por tu pediatra?	nada/algo <sup>2</sup>	22	45,8%	10	18,2%	<0,01
¿Tuviste que insistir al pediatra para que derivara a tu hijo al especialista?	bastante/mucho <sup>1</sup>	21	43,8%	12	21,4%	0,02
¿Estás de acuerdo con las pautas que te ha dado tu pediatra?	nada/algo <sup>2</sup>	23	47,9%	7	12,5%	<0,01
<b>Relaciones sociales</b>						
Debido al problema de tu hijo/a, ¿estás teniendo problemas con tu pareja?	bastante/mucho <sup>1</sup>	12	25,0%	1	1,81%	<0,01
¿Te sientes juzgado/a por los demás sobre cómo manejas este problema con tu hijo/a?	si	23	47,9%	6	10,9%	<0,01
¿Te sientes juzgado/a por tu pareja?	si	6	12,5%	0	0,0%	<0,01
En relación con este problema ¿has tenido que solicitar ayuda de un psicólogo?	si/me lo he planteado <sup>3</sup>	18	37,5%	5	5,35%	<0,01
¿El problema te ha impedido ir/incorporarte a trabajar?	bastante/mucho <sup>1</sup>	12	25,0%	1	1,78%	<0,01
¿El problema limita vuestra vida social?	si	26	54,2%	27	48,2%	0,55
<b>Otros</b>						
¿Ha comprado medicación/suplementos vitamínicos sin indicación del pediatra?	si	9	18,8%	5	8,9%	0,14
¿Has consultado en internet sobre el problema?	bastante/mucho <sup>1</sup>	22	45,8%	37	66,1%	0,08

<sup>1</sup> Respecto a la unificación nada/poco.

<sup>2</sup> Respecto a la unificación bastante/mucho.

<sup>3</sup> Respecto a la unificación no/por otros motivos.

MC: malos comedores

**Tabla 12 Escala PSI SF y GHQ-28 en casos y controles celíacos.**

<i>Puntuación total</i>	MC (n=48)		Control celíaco (n=56)		p
	Mediana	RIC	Mediana	RIC	
<b>Total PSI-SF</b>	82	68,5-107,5	58,50	49-82	<b>&lt;0,01</b>
subescala MP	30	23-40	21	16-28,5	<b>&lt;0,01</b>
subescala IDPH	23	17,5-29	17	14,5-24	<b>&lt;0,01</b>
subescala ND	31	25-36,5	20,5	16,5-26	<b>&lt;0,01</b>
<b>Total Test GHQ-28</b>	26	15-34,5	14	11-21,5	<b>&lt;0,01</b>
subescala A	7	3-10,5	3	2-6	<b>&lt;0,01</b>
subescala B	8	5-11	3	2-6	<b>&lt;0,01</b>
subescala C	7	6-9	7	6-7	0,06
subescala D	2	0-4,5	0	0-2	<b>&lt;0,01</b>
<b>Puntuación elevada</b>	n	%	n	%	
<b>PSI-SF <math>\geq</math>p85</b>	12	25,0%	0	0,0%	<b>&lt;0,01</b>
subescala MP $\geq$ p85	16	33,3%	6	10,71%	<b>&lt;0,01</b>
subescala IDPH $\geq$ p85	8	16,7%	1	1,81%	<b>&lt;0,01</b>
subescala ND $\geq$ p85	11	22,9%	0	0,0%	<b>&lt;0,01</b>
<b>PSI-SF <math>\geq</math>p90</b>	10	20,8%	0	0,0%	<b>&lt;0,01</b>
subescala MP $\geq$ p90	13	27,1%	3	5,35%	<b>&lt;0,01</b>
subescala IDPH $\geq$ p90	3	6,3%	1	1,81%	0,33
subescala ND $\geq$ p90	7	14,6%	0	0,0%	<b>0,01</b>
<b>Test GHQ-28 patológico</b>	26	54,2%	9	16,1%	<b>&lt;0,01</b>
subescala A	29	60,4%	16	28,6%	<b>&lt;0,01</b>
subescala B	35	72,9%	16	28,6%	<b>&lt;0,01</b>
subescala C	39	81,3%	48	85,7%	0,54
subescala D	8	16,7%	5	6,8%	0,23

MC: malos comedores. PSI SF: Parental Stress Index Short Form. MP: malestar paterno.

IDPH: interacción disfuncional padres-hijo. ND: niño difícil. GHQ-28: prueba de Goldberg.

**Tabla 13. Escalas PSI SF y GHQ-28 en casos y controles celíacos ajustadas según nuestra población de control sano\*.**

	MC (n=48)		Control celiaco (n=56)		p
<b>PSI SF <math>p \geq 90^*</math></b>	23	47,9%	9	16,1%	<b>&lt;0,01</b>
subescala MP $\geq p90^*$	20	41,7%	11	19,6%	<b>0,01</b>
subescala IDPH $\geq p90^*$	14	29,2%	4	7,1%	<b>&lt;0,01</b>
subescala ND $\geq p90^*$	30	62,5%	10	17,9%	<b>&lt;0,01</b>
<b>Test GHQ-28 <math>\geq p90^*</math></b>	16	33,3%	4	7,1%	<b>&lt;0,01</b>
subescala A $\geq p90^*$	12	25,0%	1	1,8%	<b>&lt;0,01</b>
subescala B $\geq p90^*$	17	35,4%	5	8,9%	<b>&lt;0,01</b>
subescala C $\geq p90^*$	11	22,9%	3	5,3%	<b>&lt;0,01</b>
subescala D $\geq p90^*$	14	29,2%	9	16,2%	0,11
<b>Test GHQ-28 <math>\geq p95^*</math></b>	8	16,7%	1	1,8%	<b>0,01</b>
subescala A $\geq p95^*$	4	8,3%	0	0,0%	<b>0,04</b>
subescala B $\geq p95^*$	9	18,8%	2	3,6%	<b>0,01</b>
subescala C $\geq p95^*$	8	16,7%	2	3,6%	<b>0,02</b>
subescala D $\geq p95^*$	8	16,7%	5	8,9%	0,23

MC: malos comedores. PSI SF: Parental Stress Index Short Form. MP: malestar paterno.

IDPH: interacción disfuncional padres-hijo. ND: niño difícil. GHQ-28: prueba de Goldberg.

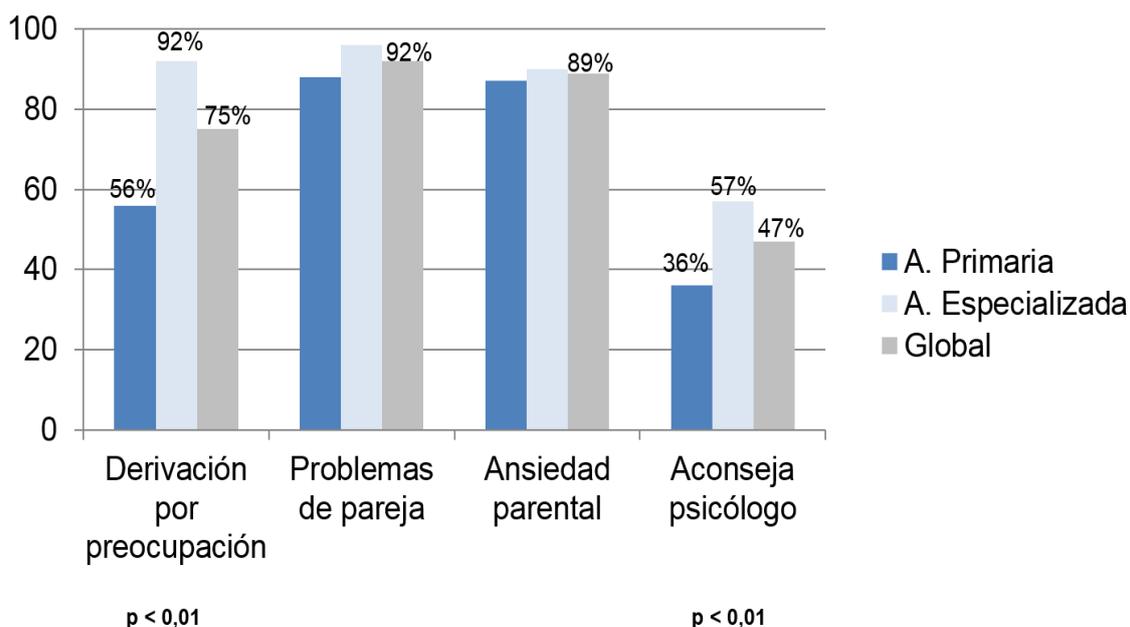
## 6. B Estudio descriptivo sobre la opinión de los pediatras

Respondieron un total de 211 pediatras (102 AP y 109 AE). Las respuestas a la encuesta de opinión figuran en la tabla 14.

De forma global, el 57,8% de los profesionales consideran que los pacientes MC son atendidos de manera frecuente en su consulta (AP 52% vs AE 63,3%,  $p < 0,01$ ).

Aunque casi el 90% de los pediatras consideran que el problema se asocia con ansiedad/depresión en los padres y por tanto es muy importante su abordaje psicológico, menos de la mitad les aconseja valoración profesional. Consideran además que la preocupación de los padres es excesiva respecto a otros motivos de consulta, y que dicha preocupación constituye el principal motivo de derivación al especialista, especialmente en AE (AP 56,4% vs AE 91,7%,  $p < 0,01$ ) (figura 8). Casi la totalidad de los pediatras opinan que el nivel de preocupación es mayor en la madre que en el padre, que llega a afectar la vida de pareja y que es ella la principal responsable de la alimentación del niño.

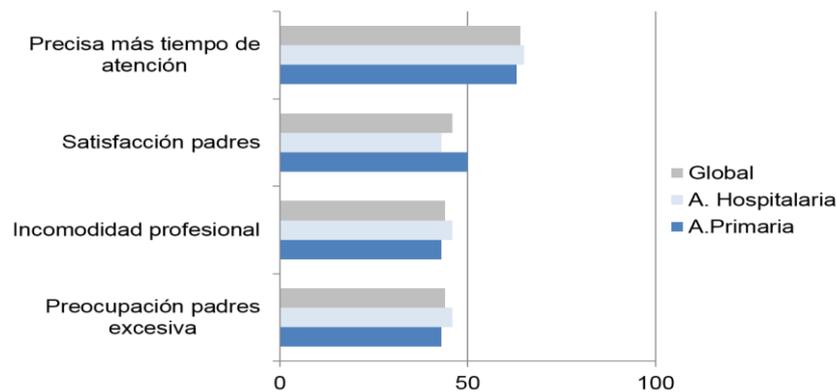
**Figura 8. Opinión de los pediatras en el ámbito de A. Primaria, Hospitalaria, y de forma global\***



\*referido a las opciones de respuesta "bastante/mucho" frente a "nada/poco".

En cuanto al manejo médico, casi la mitad de los pediatras afirma sentirse especialmente incómodos por el grado de nerviosismo familiar, considerando que las familias se encuentran poco o nada satisfechas al salir de las consultas y precisan de más tiempo para su abordaje (figura 9). En más de la mitad de los casos el abordaje psicológico prevalece sobre el estado nutricional del paciente, y la mayoría evita en lo posible dispositivos de alimentación artificial y estimulantes del apetito.

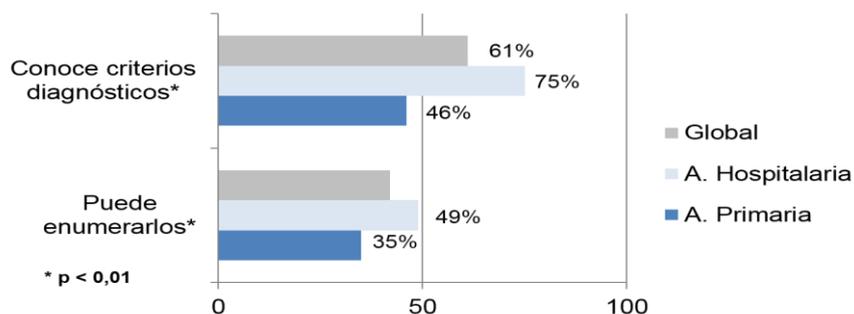
**Figura 9. Opinión de los pediatras en el ámbito de A. Primaria, Hospitalaria, y de forma global\***



\*referido a las opciones de respuesta "bastante/mucho" frente a "nada/poco".

En cuanto a los criterios diagnósticos de este trastorno sólo afirman conocerlos el 61,1% (AP 46,1% vs AE 75,2%,  $p < 0,01$ ) y poder enumerarlos menos de la mitad de ellos (AP 35,3% vs AE 48,6%,  $p < 0,01$ ) (figura 10).

**Figura 10. Conocimiento de los pediatras en el ámbito de A. Primaria, Hospitalaria, y de forma global**



\* p < 0,01  
referido a la opción de respuesta "sí" frente a "no".

**Tabla 14. Opinión de los pediatras.**

		AP (n=102)		AE (n=109)		Total		p
¿Cuántos pacientes en total atiende a la semana?	>30/ semana <sup>1</sup>	96	94,1%	70	64,2%	166	78,7%	<0,01
¿Frecuencia de malos comedores?	Bastante (5-15%) <sup>2</sup>	53	52,0%	69	63,3%	122	57,8%	<0,01
¿Qué abordaje considera más importante?	Psicológico a los padres <sup>3</sup>	99	98,0%	93	86,9%	192	92,3%	<0,01
¿La preocupación es excesiva?	Bastante/mucho <sup>4</sup>	43	42,6%	50	45,9%	93	44,3%	0,63
¿Le hace sentirse incómodo?	Bastante/mucho <sup>4</sup>	43	42,6%	50	45,9%	93	44,3%	0,63
¿Se encuentran satisfechos al salir de la consulta?	Nada/poco <sup>5</sup>	51	50,0%	46	42,6%	97	46,2%	0,28
¿Cree que la preocupación en el principal motivo de derivación a AE?	Bastante/mucho <sup>4</sup>	57	56,4%	100	91,7%	157	74,8%	<0,01
¿Suele aconsejar medicación?	Nada/poco <sup>5</sup>	92	90,2%	103	96,3%	195	93,3%	<0,01
¿Qué aspecto a abordar le parece más importante?	Ámbito psicológico-familiar	56	55,4%	61	57,0%	117	56,3%	0,82
¿Con qué idea se identifica más?	Evitar sonda en lo posible <sup>7</sup>	97	95,1%	96	88,9%	193	91,9%	0,10
¿Cree que habría que dedicar más tiempo en consulta?	Bastante/mucho <sup>4</sup>	63	62,4%	70	64,8%	133	63,6%	0,71
¿Conoce los criterios diagnósticos?	Si <sup>8</sup>	47	46,1%	82	75,2%	129	61,1%	<0,01
¿Podría enumerarlos?	No <sup>9</sup>	66	64,7%	56	51,4%	122	57,8%	<0,01
¿Considera que se relaciona con ansiedad/depresión?	Bastante/mucho <sup>4</sup>	88	87,1%	98	89,9%	186	88,6%	0,53
¿Cree que genera problemas de pareja?	Bastante/mucho <sup>4</sup>	89	88,1%	103	95,4%	192	91,9%	0,06
¿Suele aconsejar apoyo psicológico?	Nada/poco <sup>5</sup>	65	63,7%	47	43,1%	112	53,1%	<0,01
¿Cree que la preocupación es diferente en el padre y la madre?	Mayor en madre <sup>10</sup>	95	93,1%	98	90,7%	193	91,9%	0,80
¿Quién suele darles de comer?	Madre <sup>10</sup>	97	95,1%	99	91,7%	196	93,3%	0,50
¿Cómo debe ser el seguimiento y tratamiento?	AP	59	58,4%	27	25,0%	86	41,1%	
	AP y AE	6	5,9%	15	13,9%	21	10,0%	
	AP, AE y psicólogo	36	35,6%	66	61,1%	102	48,8%	<0,01

AP: Atención primaria, AE: atención especializada.

<sup>1</sup> frente a < 30/semana, <sup>2</sup> frente a >15% y <5%, <sup>3</sup> frente a médico/psicológico al paciente, <sup>4</sup> frente a nada/poco, <sup>5</sup> frente bastante/mucho, <sup>6</sup> frente a estado nutricional del paciente, <sup>7</sup> frente a colocación de sonda si precisa, <sup>8</sup> frente a no, <sup>9</sup> frente a si, <sup>10</sup> frente a padre/ambos.

## **7. Discusión**

---

## **Repercusión psicológica de los padres**

La relación entre las dificultades en la alimentación de los hijos y la repercusión psicológica de los padres ha sido previamente descrita (60,63-67,77). Padres y madres se sienten responsables de que sus hijos coman de forma variada y lo que ellos consideran comida sana (3). Estiman que su labor como cuidadores se refleja en la capacidad para alimentarlos y cuando fallan las expectativas puede aumentar la tensión en relación con la comida (10). El momento de la alimentación se convierte en estresante y negativo, impidiéndoles disfrutar de su hijo (56), lo que provoca presión sobre su hijo para que coma (57).

Dado que los padres se sienten responsables de la alimentación de sus hijos, podríamos considerar que se sienten responsables de su situación nutricional. En nuestro estudio no se ha evidenciado correlación entre el grado de estrés o repercusión psicológica con el estado nutricional del niño. Aunque estudios previos (68-71) han relacionado altos niveles de estrés parental con sobrepeso de los hijos, los resultados de nuestro estudio muestran que los padres y madres de niños MC tienen niveles de estrés altos, incluso mayores que los padres de pacientes con otras enfermedades digestivas, independientemente de su estado nutricional.

En relación con la prueba GHQ-28, herramienta para la detección de problemas de disfunción social, psicósomáticos, ansiedad y depresión, se detectaron niveles patológicos en un 54,2% de los padres de los MC frente a un 23,5% de los CS y un 15,0% de los CE. Varios autores (95,101) aconsejan ajustar la línea de corte a las características de la muestra estudiada con el fin de obtener mayor especificidad, dado que el test tiene fundamentalmente una función de cribado (posee alta sensibilidad para no perder casos reales pero pudiera clasificar como patológicos a controles sanos), por lo que se reajustaron los puntos de corte según el percentil 90 de nuestra población control sano; según los nuevos parámetros, el 33,3% de los padres y madres de MC presentaban niveles elevados, frente al 6,8% del grupo CE ( $p < 0,01$ ).

En condiciones normales, si un clínico desea detectar trastornos psiquiátricos usando GHQ-28 como cribado, una vez que se evidencie puntuación elevada de esta prueba se debería realizar una entrevista clínica con el paciente para poder comprobar el

diagnóstico (101). Este proceso no pudo completarse ya que en el estudio las encuestas se enviaban de forma anónima, por lo que no podemos hablar del porcentaje de nuestra muestra que padece ansiedad o depresión, y hablaremos únicamente de situación de riesgo potencial.

Dentro de las distintas subescalas del test, a pesar de no hallar significación en la subescala c (limitación de la vida social), precisamente la afectación social de estas familias se ha explorado mediante las encuestas de opinión, con resultados desfavorables para los MC. Además, las subescalas b y d (ansiedad y depresión) son las que mejor se correlacionan con la puntuación total y la entrevista psiquiátrica, y la subescala c es la menos estudiada (101).

En relación con la herramienta PSI-SF, tanto los niveles de estrés total como a nivel de las 3 subescalas son elevadas en los MC. No se ha detectado una significación sobre la dominancia de una subescala sobre otra. La utilidad del análisis de estas subescalas radica en la posible orientación sobre el origen del estrés (sobre los rasgos de la personalidad de los padres, del niño, o en la interacción entre ambos). Parece razonable considerar que si la dificultad en la alimentación del niño fuera consecuencia de un estado psicológico alterado de los padres, la escala MP prevalecería sobre el resto y, por el contrario, si las características de la personalidad del niño dificultaran su abordaje durante las comidas, prevalecería la subescala ND (91). No obstante, con esta herramienta sólo podemos concluir que los 3 factores contribuyen al desarrollo del estrés.

Por otro lado, estudios previos (84,85) describen cómo el dolor abdominal funcional, estreñimiento y enfermedad celíaca pueden llegar a afectar a la calidad de vida de los pacientes, incluso de forma similar a otros trastornos orgánicos (como la enfermedad inflamatoria intestinal). Sin embargo, en nuestro estudio tanto el estrés parental como los rasgos ansioso-depresivos no son mayores en el grupo de enfermedades digestivas que en el control sano, pero sí son significativamente más elevados en el grupo de MC. Llama la atención que, al comparar los pacientes enfermos en relación con el niño sano, donde podríamos esperar que la preocupación de los padres pudiera ser mayor, no evidenciamos mayores niveles de estrés, rasgos ansiosos ni afectación en la esfera sociolaboral (salvo en el colectivo celíaco). Sin embargo, en el subgrupo MC encontramos significación en todos estos ámbitos.

La relación entre depresión y estrés parental ha sido previamente descrita: Horwitz (102) describió cómo niveles superiores al percentil 90 de la escala PSI-SF permitieron identificar a más del 50% de las madres con depresión crónica en una muestra de 884 individuos. En nuestro estudio, tanto PSI-SF como GHQ-28 se encuentran elevados en rango patológico de forma significativa en MC. Esta afectación simultánea de ambas pruebas potencia el valor de sus resultados.

### **Repercusión social**

Es relevante la repercusión en la esfera socio familiar de los padres MC. Los padres perciben que las dificultades de alimentación de su hijo son la causa de problemas a nivel de la pareja e incluso pueden sentirse juzgados por ella. Al tratarse de una situación estresante donde los dos progenitores pueden no estar de acuerdo sobre la mejor solución al problema, las discusiones en la pareja pueden aparecer (5,20) e incluso favorecer prácticas alimentarias poco recomendables (103).

Por otro lado, más de la mitad de los padres han tenido que restringir su vida social por el problema de su hijo, incluso impidiéndoles ir a trabajar. De hecho, únicamente en el grupo de MC encontramos familias donde no trabajan el padre ni la madre, aunque no disponemos de datos para conocer con exactitud si la causa de esta situación es debido al problema de alimentación del hijo. La afectación de todas estas esferas (familia, laboral y social) podría considerarse un detrimento de la calidad de vida de estas familias, equiparándolo con niños crónicamente enfermos con otras enfermedades (104).

El grado de insatisfacción con la atención recibida y pautas aconsejadas por el pediatra fue el doble en los MC que en los niños con otras enfermedades de forma estadísticamente significativa. De forma global, casi la mitad ni se sienten escuchados por su pediatra, ni están de acuerdo con la pauta de tratamiento, y consideran que tuvieron que insistir en la derivación al especialista. Dado que la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente se considera un indicador fundamental de la calidad de la asistencia médica (105), los pediatras debemos prestar atención a estos datos y reflexionar sobre cómo mejorar nuestra asistencia. Es difícil saber si la actitud del niño hacia la comida es causa o consecuencia de la situación psicológica de los padres, pero reconocer el grado de repercusión que existe alrededor de este tipo de trastornos podría ser determinante

para contribuir a su resolución. Los pediatras debemos buscar herramientas o estrategias para detectar dicha repercusión en estas familias y poder realizar un abordaje global, prestando no sólo atención al niño sino también a la familia. La afectación del estado nutricional del paciente, suele ser clave para otorgar mayor consideración a una consulta médica. En nuestro estudio no hemos evidenciado tal asociación, por lo que los pediatras podríamos minimizar un problema potencialmente relevante.

Por otro lado, las familias buscan información en internet sobre la salud de su hijo, especialmente en el colectivo celíaco, de forma similar a la descrita en estudios previos (106), aunque el porcentaje es menor en las familias de MC.

### **Diferencias de género**

Las madres con características sintomáticas alteradas (ansiedad, depresión u hostilidad) se asocian a un modo de relación patológica durante la alimentación de sus hijos (11,12,60,107). En nuestro estudio se han evidenciado diferencias de género, con mayor riesgo de componente ansioso-depresivo en las madres, sin diferencias en los niveles totales de estrés. Estudios previos realizados usando la escala GHQ-28 en la población general presentan frecuentemente niveles más elevados en mujeres (101). Sin embargo, el autor observó que cuando se tomaban muestras de hombres y mujeres en circunstancias sociales comparables dichas diferencias pueden desaparecer, poniendo en duda que estas diferencias se deban a factores biológicos. Aunque en nuestro estudio de forma global las madres presentaban mayor nivel de puntuación del test GHQ-28, cuando se analiza el subgrupo de MC, esas diferencias entre padres y madres no son significativas, aunque también presentan mayores puntuaciones.

Llama la atención que, a pesar de que la madre es la principal responsable de la alimentación en los controles menores de tres años no es así en los MC, donde el niño es alimentado principalmente por ambos progenitores. Esto se contradice con lo esperado según la opinión de la mayoría de los pediatras, que opinan que la madre es la principal responsable de la alimentación en estos pacientes. Según nuestros resultados, en los MC el padre colabora más activamente en la alimentación del niño. Podríamos interpretar que, ante un problema de alimentación del niño, existe una mayor implicación del padre y se desarrolla una colaboración activa entre padre y madre.

Estudios previos (108), describen niveles superiores de estrés materno en comparación con los padres en niños afectados de enfermedades crónicas. También según el punto de vista de los pediatras de nuestro estudio sería esperable encontrar mayores niveles de estrés en la madre, que se considera el cuidador principal, pero no se han encontrado diferencias significativas entre ambos progenitores ( $p=0,19$ ). Se ha descrito (91) cómo los niveles de estrés parental entre padres y madres eran similares en niños mayores de 3 años, pero tendían a ser superiores en la madre cuando los niños eran menores. En nuestro estudio no se han encontrado diferencias significativas entre las 2 franjas de edad ( $p=0,44$ ).

### **Opinión de los pediatras**

Según la mayoría de los profesionales, los MC son un frecuente motivo de consulta, en el ámbito tanto de AP como de AE.

Observamos que existe concienciación por parte de los profesionales de la preocupación y repercusión psicológica en estas familias. Aunque todos los padres consideran importante cualquier cuestión de salud que afecte a la vida de sus hijos, los pediatras consideran que, en este aspecto, los niveles de preocupación suelen ser desproporcionados. Es muy relevante que sea el grado de preocupación de los padres y no la situación clínica del paciente la principal causa de derivación a una consulta hospitalaria. Aunque esta impresión subjetiva es mayoritaria en el ámbito de AE, más de la mitad de los pediatras encuestados en AP están conformes con esta premisa. Quizá por ello, esta alta demanda por parte de las familias sea la causa por la que casi la mitad de los pediatras se sientan incómodos durante su ejercicio profesional atendiendo a estos pacientes.

Llama la atención que en ambos ámbitos los profesionales son conscientes del posible grado de insatisfacción familiar en relación con las recomendaciones recibidas durante la consulta. Estos datos coinciden con la opinión de las familias de nuestro estudio, ya que, en ambos casos, tanto la insatisfacción percibida por el pediatra como por las familias, es cercana al 50%. Quizá por ello, los profesionales consideren que precisarían más tiempo en consulta para poder optimizar la atención.

Los pediatras reconocen la relación con problemas ansioso-depresivos de los padres, así como la posible afectación de la vida de pareja. Incluso en la mayoría de los casos consideran prioritario el abordaje psicológico de estas familias frente al clínico del

propio paciente. Sin embargo, llama la atención que en ambos ámbitos menos de la mitad recomiendan asesoramiento psicológico. La impresión de los profesionales es que es la madre la que alcanza mayor nivel de preocupación ya que la consideran la principal responsable de la alimentación. Sin embargo, según los resultados de nuestro estudio, en los casos de MC la responsabilidad del cuidado del niño durante la comida se reparte entre ambos y no hemos encontrado diferencias significativas en el grado de estrés.

En uno y otro ámbitos, los profesionales coinciden: la prescripción de medicación es baja (menos del 10%) y consideran evitar en lo posible los dispositivos de soporte nutricional. A pesar de ello, según los resultados de nuestro estudio, 1 de cada 5 familias adquiere multivitamínicos o estimulantes del apetito sin prescripción médica.

Sin embargo, existen importantes diferencias de opinión en relación con el seguimiento de los pacientes. Desde AE consideran importante el seguimiento desde los 3 ámbitos (primaria, especializada y psicólogo) y desde AP en más de la mitad de los casos consideran que sólo sería necesario el seguimiento desde AP.

Por último, en relación con los conocimientos de los pediatras sobre este trastorno, se evidencian las probables consecuencias de la dificultad en la clasificación actual del niño MC. Menos de la mitad de los pediatras de AP conocen los criterios diagnósticos y 1 de cada 4 en AE los desconocen igualmente, siendo incapaces de enumerarlos en más de la mitad de los casos. Este dato nos orienta sobre la falta de uniformidad que puede existir en el diagnóstico y manejo de estos pacientes, lo cual es altamente relevante por ser un motivo de consulta tan frecuente.

### **Limitaciones del estudio**

Se han evidenciado algunas limitaciones en nuestro estudio, fundamentalmente el bajo número de MC sin enfermedades asociadas, que cumplieran los criterios de inclusión. Es posible que la captación en el medio hospitalario, recopilando pacientes con criterios estrictos en los que se han descartado otros problemas funcionales u orgánicos (lo que garantizaba que eran MC sin enfermedad asociada) haya motivado el escaso reclutamiento. Por otra parte, existe una infrarrepresentación de niños menores de 3 años en el grupo

control enfermo, motivado por la mayor edad de los pacientes con los trastornos seleccionados. También los controles sanos tenían una edad algo mayor (diferencia de medianas 0,62 años), aunque la diferencia no era estadísticamente significativa. Para poder controlar el posible sesgo de la edad, se realizó un ajuste multivariante, que no mostró que la edad fuera un factor de confusión. También el propio método de recogida de datos (encuestas anónimas a los padres) pudiera contribuir a establecer un sesgo de selección, por el cual aquellas familias más interesadas en responder al estudio tuvieran un determinado estado de ánimo.

## **8. Conclusiones**

- 1- Los padres y madres de niños malos comedores tienen niveles elevados de estrés, mayores que la población sana y que familias con hijos con enfermedades digestivas (enfermedad celíaca, estreñimiento, dolor abdominal funcional).
- 2- Padres y madres de niños malos comedores tienen mayor riesgo de afectación en el área psicológica en relación con la población sana y con familias con hijos con enfermedades digestivas (enfermedad celíaca, estreñimiento, dolor abdominal funcional). No se detectan diferencias de riesgo entre población sana y familias con dichos trastornos digestivos.
- 3- El problema de alimentación de los niños provoca en las familias una importante repercusión a nivel social, familiar, de pareja, y laboral. No se evidencia esta repercusión en familias con hijos con enfermedades digestivas (enfermedad celíaca, estreñimiento, dolor abdominal funcional) aunque los padres de los niños celíacos sí perciben una limitación en su vida social.
- 4- No evidenciamos factores de riesgo previamente descritos asociados a la situación clínica de ser mal comedor, tales como ser varón, primogénito o antecedentes familiares previos, pero sí tener bajo peso y talla al nacimiento. No evidenciamos asociación entre ser mal comedor y afectación en el peso, talla o índice de masa corporal.
- 5- Se detecta insatisfacción con la atención recibida y pautas aconsejadas por el pediatra en las familias de niños malos comedores, el doble que en familias de niños con otras enfermedades (enfermedad celíaca, estreñimiento, dolor abdominal funcional).
- 6- Se detectan diferencias en cuanto al género. De forma global, las madres tienen mayor riesgo de repercusión psicológica que los padres, sin diferencias en cuanto a los niveles de estrés. En cambio, dichas diferencias no han podido ser contrastadas entre padres y madres de niños malos comedores. Clásicamente, la figura materna es la principal responsable de la alimentación en sus hijos, pero tanto el padre como la madre colaboran en la alimentación cuando su hijo es mal comedor.

- 7- Los pediatras son conocedores tanto del grado de insatisfacción en relación con la consulta médica como de la repercusión psicológica de las familias. A pesar de ello, menos de la mitad recomiendan asesoramiento psicológico. Consideran que la alta demanda y preocupación familiar influye en su dinámica de trabajo. Desde el ámbito de Atención Especializada, se considera que la angustia familiar es el principal motivo de su derivación hospitalaria. Existe desconocimiento de los criterios diagnósticos entre los profesionales, tanto en el ámbito de Atención Primaria como Especializada, y no existe unanimidad respecto a su seguimiento.

## **9. Bibliografía**

---

- 1 Taylor CM, Wernimont SM, Northstone K, Emmett PM. Picky/fussy eating in children: Review of definitions, assessment, prevalence, and dietary intakes. *Appetite*. 2015;95:349-59. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.07.026>
- 2 Carruth BR, Ziegler PJ, Gordon A, Barr SI. Prevalence of picky eaters among infants and toddlers and their caregivers' decisions about offering a new food. *J Am Diet Assoc*. 2004;104(1 Suppl 1):s57-64. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2003.10.024>
- 3 Goh DY, Jacob A. Perception of picky eating among children in Singapore and its impact on caregivers: a questionnaire survey. *Asia Pac Fam Med*. 2012;20;11(1):5. <https://doi.org/10.1186/1447-056X-11-5>
- 4 Kerzner B. Clinical investigation of feeding difficulties in young children: a practical approach. *Clin Pediatr (Phila)*. 2009;48(9):960-5. <https://doi.org/10.1177/0009922809336074>
- 5 Mascola AJ, Bryson SW, Agras WS. Picky eating during childhood: a longitudinal study to age 11 years. *Eat Behav*. 2010;11(4):253-7. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2010.05.006>
- 6 Lindberg L, Bohlin, G, Hagekull B. Early feeding problems in a normal population. *Int J Eat Disord*. 1991;10: 395-405. [https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/1098-108X\(199107\)10:4%3C395::AID-EAT2260100404%3E3.0.CO;2-A](https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/1098-108X(199107)10:4%3C395::AID-EAT2260100404%3E3.0.CO;2-A)
- 7 Manikam RR, Perman JA. Pediatric feeding disorders. *J Clin Gastroenterol*. 2000;30(1):34-46. <https://doi.org/10.1097/00004836-200001000-00007>
- 8 González R. Guerrero MC. Controles pediátricos del niño sano. En: Guerrero-Fdez J, Carton A, Barreda A, Menéndez J, Dominguez J. *Manual de diagnóstico y terapéutica en pediatría*. 6° ed. Madrid: Panamericana 2018. p 49-56.
- 9 Abidin R. The Determinants of Parenting Behavior. *J Clin Child Psychol*. 1992;21(4): 407-12. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2104\\_12](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2104_12)
- 10 Unlü G, Aras S, Güvenir T, Büyükgebiz B, Bekem O. Yeme Reddi Olan Çocukların Annelerinde Kişilik Bozuklukları, Depresyon ve Anksiyete Belirtileri ve Aile İşlevleri [Family functioning, personality disorders, and depressive and anxiety symptoms in the mothers of children with food refusal]. *Türk Psikiyatri Derg*. 2006;17(1):12-21.
- 11 Stein A, Woolley H, Murray L, Cooper P, Cooper S, Noble F et al. Influence of psychiatric disorder on the controlling behaviours of mothers with 1 year old infants. *A*

study of women with maternal eating disorder, postnatal depression and a healthy comparison group. *Br J Psychiatry.* 2001;179:157-62.

<https://doi.org/10.1192/bjp.179.2.157>

12 Chatoor I, Ganiban J, Hirsch R, Borman-Spurrell E, Mrazek DA. Maternal characteristics, and toddler temperament in infantile anorexia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000;39(6):743-51. <https://doi.org/10.1097/00004583-200006000-00013>

13 Moreno S, Bergua A. El niño que no come. En: Guerrero- Fdez J, Carton A, Barreda A, Menéndez J, Dominguez J. *Manual de diagnóstico y terapéutica en pediatría.* 6º ed. Madrid: Panamericana 2018. p 157-9

14 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) DSM-IV.* Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

15 Chatoor I. Feeding disorders in infants and toddler: diagnosis and treatment. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am.* 2002;11(2): 163-83. [https://doi.org/10.1016/s1056-4993\(01\)00002-5](https://doi.org/10.1016/s1056-4993(01)00002-5)

16 Levine A, Bachar L, Tsangen Z, Mizrahi A, Levy A, Dalal I, et al. Screening criteria for diagnosis of infantile feeding disorders as a cause of poor feeding or food refusal. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2011;52(5):563-8. <https://doi.org/10.1097/mpg.0b013e3181ff72d2>

17 Asociación Americana de Psiquiatría. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5).* 5ª ed. Asociación Americana de Psiquiatría. Panamericana. 2014.

18 Kerzner B, Milano K, MacLean WC Jr, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics.* 2015;135(2):344-53. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1630>

19 Goday PS, Huh SY, Silverman A, Lukens CT, Dodrill P, Cohen SS et al. Feeding Disorder: Consensus Definition and Conceptual Framework. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2019;68(1):124-9. <https://doi.org/10.1097/mpg.0000000000002188>

20 Jacobi C, Agras WS, Bryson S, Hammer LD. Behavioral validation, precursors, and concomitants of picky eating in childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003;42(1):76-84. <https://doi.org/10.1097/00004583-200301000-00013>

- 21 Xue Y, Lee E, Ning K, Zheng Y, Ma D, Gao H, et al. Prevalence of picky eating behavior in Chinese school-age children and associations with anthropometric parameters and intelligence quotient. A cross-sectional study. *Appetite*. 2015;91:248-55. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.04.065>
- 22 McDermott B, Mamun A, Najman J, Williams G, O'Callaghan M, and Bor W. Longitudinal correlates of the persistence of irregular eating from age 5 to 14 years. *Acta Pædiatrica*. 2010; 99: 68-71. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2009.01517.x>
- 23 Kotler LA, Cohen P, Davies M, Pine DS, Walsh BT. Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(12):1434-40. <https://doi.org/10.1097/00004583-200112000-00014>
- 24 Nicklaus S, Boggio V, Chabanet C, Issanchou S. A prospective study of food variety seeking in childhood, adolescence and early adult life. *Appetite*. 2005;44(3):289-97. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2005.01.006>
- 25 Pliner P, Pelchat ML. Similarities in food preferences between children and their siblings and parents. *Appetite*. 1986;7:333-42. [https://doi.org/10.1016/s0195-6663\(86\)80002-2](https://doi.org/10.1016/s0195-6663(86)80002-2)
- 26 Jansen PW, Roza SJ, Jaddoe VW, Mackenbach JD, Raat H, Hofman A et al. Children's eating behavior, feeding practices of parents and weight problems in early childhood: results from the population-based Generation R Study. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2012;9:130. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-130>
- 27 Pliner P, Loewen R. Temperament and Food Neophobia in Children and their Mothers. *Appetite*. 1997;28(3):239-54. <https://doi.org/10.1006/appe.1996.0078>
- 28 Cooke LJ, Haworth CM, Wardle J. Genetic and environmental influences on children's food neophobia. *Am J Clin Nutr*. 2007;86(2):428-33. <https://doi.org/10.1093/ajcn/86.2.428>
- 29 Sullivan SA, Birch LL. Infant dietary experience and acceptance of solid foods. *Pediatrics*. 1994;93(2):271-7.
- 30 Micali N, Simonoff E, Stahl D, Treasure J. Maternal eating disorders and infant feeding difficulties: maternal and child mediators in a longitudinal general population study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011;52(7):800-7. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02341.x>

- 31 Haley J. Maternal self rated health and psychological distress predict early feeding difficulties: Results from the longitudinal study of Australian children. *Int J Eat Disord.* 2018;51:1312-21. <https://doi.org/10.1002/eat.22971>
- 32 Stein A, Woolley H, Murray L, Cooper P, Cooper S, Noble F et al. Influence of psychiatric disorder on the controlling behavior of mothers with 1-year-old infants. A study of women with maternal eating disorder, postnatal depression, and a healthy comparison group. *Br J Psychiatry.* 2001;179:157-62. <https://doi.org/10.1192/bjp.179.2.157>
- 33 Behar AR, Arancibia MM. Trastornos alimentarios maternos y su influencia en la conducta alimentaria de sus hijas(os) [Maternal eating disorders and their influence on eating behavior of the children: a review of the literature]. *Rev Chil Pediatr.* 2014;85(6):731-9. <https://doi.org/10.4067/s0370-41062014000600012>
- 34 Shim JE, Kim J, Mathai RA; STRONG Kids Research Team. Associations of infant feeding practices and picky eating behaviors of preschool children. *J Am Diet Assoc.* 2011;111(9):1363-8. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2011.06.410>
- 35 Petzoldt J, Wittchen HU, Einsle F, Martini J. Maternal anxiety versus depressive disorders: specific relations to infants' crying, feeding, and sleeping problems. *Child Care Health Dev.* 2016;42(2):231-45. <https://doi.org/10.1111/cch.12292>
- 36 Blissett J, Meyer C, Haycraft E. Maternal mental health and child feeding problems in a non-clinical group. *Eat Behav.* 2007;8(3):311-8. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.11.007>
- 37 Douglas JE, Bryon M. Interview data on severe behavioral eating difficulties in young children. *Arch Dis Child.* 1996;75(4):304-8. <https://doi.org/10.1136/adc.75.4.304>
- 38 McDermott BM, Mamun AA, Najman JM, Williams GM, O'callaghan MJ, Bor W. Preschool children perceived by mothers as irregular eaters: physical and psychosocial predictors from a birth cohort study. *J Dev Behav Pediatr.* 2008;29(3):197-205. <https://doi.org/10.1097/dbp.0b013e318163c388>
- 39 Field D, Garland M, Williams K. Correlates of specific childhood feeding problems. *J Paediatr Child Health.* 2003;39(4):299-304. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1754.2003.00151.x>

- 40 Dubois L, Farmer A, Girard M, Peterson K, Tatone-Tokuda F. Problem eating behaviors related to social factors and body weight in preschool children: A longitudinal study. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2007;4:9. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-4-9>
- 41 Xue Y, Lee E, Ning K, Zheng Y, Ma D, Gao H et al. Prevalence of picky eating behaviour in Chinese school-age children and associations with anthropometric parameters and intelligence quotient. A cross-sectional study. *Appetite.* 2015;91:248-55. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.04.065>
- 42 Jacobi C, Schmitz G, Agras WS. Is picky eating an eating disorder? *Int J Eat Disord.* 2008;41(7):626-34. <https://doi.org/10.1002/eat.20545>
- 43 Marchi M, Cohen P. Early childhood eating behaviours and adolescent eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1990; 29:112-7. <https://doi.org/10.1097/00004583-199001000-00017>
- 44 Sandín, B. El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Int J Clin Health Psychol.* 2003;3(1):141-57. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33730109>
- 45 Milner JS. Social information processing in high-risk and physically abusive parents. *Child Abuse Negl.* 2003;27:7-20. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00506-9](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00506-9)
- 46 Flouri, E. Women's psychological distress in midadulthood: The role of childhood parenting experiences. *European Psychologist.* 2005;10(2):116-23. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1027/1016-9040.10.2.116>
- 47 Amankwaa LC, Pickler RH, Boonmee J. Maternal responsiveness in mothers of preterm infants. *Newborn Infant Nurs Rev.* 2007;7(1):25-30. <http://dx.doi.org/10.1053%2Fj.nainr.2006.12.001>
- 48 Ostberg M. Parental stress, psychosocial problems and responsiveness in help-seeking parents with small (2-45 months old) children. *Acta Paediatr.* 1998;87(1):69-76. <https://doi.org/10.1080/08035259850157903>
- 49 Parkes J, Caravale B, Marcelli M, Franco F, Colver A. Parenting stress and children with cerebral palsy: a European cross-sectional survey. *Dev Med Child Neurol.* 2011;53(9):815-21. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2011.04014.x>

- 50 Blank A, Frush Holt R, Pisoni DB, Kronenberger WG. Associations Between Parenting Stress, Language Comprehension, and Inhibitory Control in Children With Hearing Loss. *J Speech Lang Hear Res.* 2020;63(1):1-13. [https://doi.org/10.1044/2019\\_jslhr-19-00230](https://doi.org/10.1044/2019_jslhr-19-00230)
- 51 Goldberg S, Morris P, Simmons RJ, Fowler RS, Levison H. Chronic illness in infancy and parenting stress: a comparison of three groups of parents. *J Pediatr Psychol.* 1990;15(3):347-58. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/15.3.347>
- 52 Breen MJ, Barkley RA. Child psychopathology and parenting stress in girls and boys having attention deficit disorder with hyperactivity. *J Pediatr Psychol.* 1988;13(2):265-80. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/13.2.265>
- 53 Davis N, Carter A. Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: associations with child characteristics. *J Autism Dev Disord.* 2008;38(7):1278-91. <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0512-z>
- 54 Perez-Padilla J, Alvarez-Dardet S, Victoria M. Estrés parental, estrategias de afrontamiento y evaluación del riesgo en madres de familias en riesgo usuarias de los Servicios Sociales. *Interv Psicosoc.* 2014;23(1):25-32. <https://dx.doi.org/10.5093/in2014a3>
- 55 Kedesdy JH and Budd KS: Childhood feeding disorders: Biobehavioral assessment and intervention. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Company, 1998.
- 56 Sayre JM, Pianta RC, Marvin RS, Saft EW. Mothers' representations of relationships with their children: relations with mother characteristics and feeding sensitivity. *J Pediatr Psychol.* 2001;26(6):375-84. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/26.6.375>
- 57 Galloway AT, Fiorito L, Lee Y, Birch LL. Parental pressure, dietary patterns, and weight status among girls who are "picky eaters". *J Am Diet Assoc.* 2005;105(4):541-8. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2005.01.029>
- 58 Hughes SO, Shewchuk RM. Child temperament, parent emotions, and perceptions of the child's feeding experience. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2012;9:64. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-64>
- 59 Haycraft E, Farrow C, Meyer C, Powell F, Blissett J. Relationships between temperament and eating behaviors in young children. *Appetite.* 2011;56(3):689-92. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.02.005>

- 60 Ammaniti M, Lucarelli L, Cimino S, D'Olimpio F, Chatoor I. Maternal psychopathology, and child risk factors in infantile anorexia. *Int J Eat Disord*. 2010;43(3):233-40. <https://doi.org/10.1002/eat.20688>
- 61 Pomerantz, EM, Eaton, MM. Maternal intrusive support in the academic context: transactional socialization processes. *Dev Psychol*. 2001;37(2):174-86. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.37.2.174>
- 62 Pomerantz EM, Eaton MM. Developmental differences in children's conceptions of parental control: "They love me, but they make me feel incompetent." *Merrill-Palmer Quarterly*. 2000;46(1):140-67.
- 63 Qu G, Wang L, Tang X, Wu W, Zhang J, Sun Y. Association between caregivers' anxiety and depression symptoms and feeding difficulties of preschool children: A cross-sectional study in rural China. *Arch Pediatr*. 2020;27(1):12-7. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2019.11.007>
- 64 Gross HE, Shaw DS, Moilanen KL. Reciprocal associations between boys' externalizing problems and mothers' depressive symptoms. *J Abnorm Child Psychol*. 2008;36(5):693-709. <https://doi.org/10.1007/s10802-008-9224-x>
- 65 Santona A, Tagini A, Sarracino D, De Carli P, Pace CS, Parolin L, Terrone G. Maternal depression and attachment: the evaluation of mother-child interactions during feeding practice. *Front Psychol*. 2015;6:1235. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01235>
- 66 Li J, Kendall GE, Henderson S, Downie J, Landsborough L, Oddy WH. Maternal psychosocial well-being in pregnancy and breastfeeding duration. *Acta Paediatr*. 2008;97(2):221-5. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00602.x>
- 67 Emerson JA, Tol W, Caulfield LE, Doocy S. Maternal Psychological Distress and Perceived Impact on Child Feeding Practices in South Kivu, DR Congo. *Food Nutr Bull*. 2017;38(3):319-37. <https://doi.org/10.1177/0379572117714385>
- 68 Parks EP, Kumanyika S, Moore RH, Stettler N, Wrotniak BH, Kazak A. Influence of stress in parents on child obesity and related behaviors. *Pediatrics*. 2012;130(5):e1096-104. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-0895>

- 69 Webb HJ, Zimmer-Gembeck MJ, Scuffham PA, Scott R, Barber B. Family stress predicts poorer dietary quality in children: Examining the role of the parent–child relationship. *Inf Child Dev.* 2018; 27:e2088.
- 70 Schuler BR, Daundasekara SS, Hernandez DC, Dumenci L, Clark M, Fisher JO, Miller AL. Economic hardship, and child intake of foods high in saturated fats and added sugars: the mediating role of parenting stress among high-risk families. *Public Health Nutr.* 2020;23(15):2781-92. <https://doi.org/10.1017/s1368980020001366>
- 71 El-Behadli AF, Sharp C, Hughes SO, Obasi EM, Nicklas TA. Maternal depression, stress and feeding styles: towards a framework for theory and research in child obesity. *Br J Nutr.* 2015;113 Suppl:S55-71. <https://doi.org/10.1017/s000711451400333x>
- 72 Avitsland TL, Faugli A, Pripp AH, Malt UF, Bjørnland K, Emblem R. Maternal psychological distress and parenting stress after gastrostomy placement in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2012;55(5):562-6. <https://doi.org/10.1097/mpg.0b013e31826078bd>
- 73 Kodak T, Piazza CC. Assessment and behavioral treatment of feeding and sleeping disorders in children with autism spectrum disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2008;17(4):887-905. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.06.005>
- 74 Marshall J, Hill RJ, Ware RS, Ziviani J, Dodrill P. Clinical Characteristics of 2 Groups of Children With Feeding Difficulties. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2016;62(1):161-8. <https://doi.org/10.1097/mpg.0000000000000914>
- 75 Garro A, Thurman SK, Kerwin ME, Ducette JP. Parent/caregiver stress during pediatric hospitalization for chronic feeding problems. *J Pediatr Nurs.* 2005;20(4):268-75. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2005.02.015>
- 76 Singer LT, Song LY, Hill BP, Jaffe AC. Stress and depression in mothers of failure-to-thrive children. *J Pediatr Psychol.* 1990;15(6):711-20. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/15.6.711>
- 77 Silverman AH, Erato G, Goday P. The relationship between chronic paediatric feeding disorders and caregiver stress. *J Child Health Care.* 2021;25(1):69-80. <https://doi.org/10.1177/1367493520905381>

- 78 Petzoldt J. Systematic review on maternal depression versus anxiety in relation to excessive infant crying: it is all about the timing. *Arch Womens Ment Health*. 2018;21(1):15-30. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0771-4>
- 79 De Kruijff I, Choenni V, Groeneweg JT, Vlieger AM, Benninga MA, Kok R et al. Gastrointestinal Symptoms in Infants of Mothers With a Psychiatric History and the Role of Depression and Bonding. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2019;69(6):662-7. <https://doi.org/10.1097/mpg.0000000000002484>
- 80 Hodges K, Kline JJ, Barbero G, Flanery R. Depressive symptoms in children with recurrent abdominal pain and in their families. *J Pediatr*. 1985;107(4):622-6. [https://doi.org/10.1016/s0022-3476\(85\)80037-8](https://doi.org/10.1016/s0022-3476(85)80037-8)
- 81 Panza R, Baldassarre ME, Di Mauro A, Cervinara A, Capozza M, Laforgia N. Infantile Functional Gastrointestinal Disorders and Maternal Psychological Status: A Narrative Review. *Curr Pediatr Rev*. 2021;17(2):111-9. <https://doi.org/10.2174/1573396317666210208155106>
- 82 Baldassarre ME, Antonucci LA, Castoro G, Di Mauro A, Fanelli M, Grosso FM, et al. Maternal Psychological Factors and Onset of Functional Gastrointestinal Disorders in Offspring: A Prospective Study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2021;1;73(1):30-6. <https://doi.org/10.1097/mpg.00000000000003107>
- 83 Vriesman MH, Rajindrajith S, Koppen IJN, van Etten-Jamaludin FS, van Dijk M, Devanarayana NM, et al. Quality of Life in Children with Functional Constipation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pediatr*. 2019;214:141-50. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.06.059>
- 84 Youssef NN, Murphy TG, Langseder AL, Rosh JR. Quality of life for children with functional abdominal pain: a comparison study of patients' and parents' perceptions. *Pediatrics*. 2006;117(1):54-9. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-0114>
- 85 Khurana B, Lomash A, Khalil S, Bhattacharya M, Rajeshwari K, Kapoor S. Evaluation of the impact of celiac disease and its dietary manipulation on children and their caregivers. *Indian J Gastroenterol*. 2015;34(2):112-6. <https://doi.org/10.1007/s12664-015-0563-6>

- 86 Epifanio MS, Genna V, Vitello MG, Roccella M, La Grutta S. Parenting stress and impact of illness in parents of children with coeliac disease. *Pediatr Rep.* 2013;19;5(4):e19. <https://doi.org/10.4081/pr.2013.e19>
- 87 Barrio J, Cilleruelo ML, Román E, Fernández C. Health-related quality of life using specific and generic questionnaires in Spanish coeliac children. *Health Qual Life Outcomes.* 2020;18(1):250. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01494-x>
- 88 Ludvigsson JF, Roy A, Lebwohl B, Green PH, Emilsson L. Anxiety and depression in caregivers of individuals with celiac disease - A population-based study. *Dig Liver Dis.* 2017;49(3):273-9. <https://doi.org/10.1016/j.dld.2016.11.006>
- 89 Giannakopoulos G, Margoni D, Chouliaras G, Panayiotou J, Zellos A, Papadopoulou A, et al. Child and Parent Mental Health Problems in Pediatric Celiac Disease: A Prospective Study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2020;71(3):315-20. <https://doi.org/10.1097/mpg.0000000000002769>
- 90 Castilhos AC, Gonçalves BC, Silva MM, Lanzoni LA, Metzger LR, Kotze LM, Nisihara RM. Quality of life evaluation in celiac patients from southern Brazil. *Arq Gastroenterol.* 2015;52(3):171-5. <https://doi.org/10.1590/s0004-28032015000300003>
- 91 Abidin, R.R. Parenting Stress Index (PSI) Professional manual (4rd ed.). Psychological Assessment Resources. 2012.
- 92 Díaz-Herrero A, Brito de la Nuez AG, López Pina JA, Pérez-López J, Martínez-Fuentes MT. Estructura factorial y consistencia interna de la versión española del Parenting Stress Index-Short Form. *Psicothema.* 2010;22(4):1033-8.
- 93 Goldberg, DP. Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28). Windsor, UK: NFER-NELSON, 1981. Versión española de Masson, S.A., 1996.
- 94 Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychol Med.* 1986;16(1):135-40. <https://doi.org/10.1017/s0033291700002579>
- 95 Retolaza A, Mostajo A, De la Rica JR, Diaz de Garramiola A, Perez J, Aramberri I, Marquez I. Validación del Cuestionario de Salud General de Goldberg (versión 28 ítems) en consultas de Atención Primaria, *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 1993;13 (46):187-94.

- 96 Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiou J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology*. 2006;130(5):1519-26. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2005.11.065>
- 97 Ferrer B, Ferrer MB, Dalmau J. El cólico del lactante. *Acta Pediatr Esp* . 2000; 58(5): 297-302.
- 98 Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, Guiraldes E, Hyams JS, Staiano A et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology*. 2006;130(5):1527-37. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2005.08.063>
- 99 Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabó IR, Mearin ML, Phillips A, Shamir R et al. ESPGHAN Working Group on Coeliac Disease Diagnosis; ESPGHAN Gastroenterology Committee; European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition guidelines for the diagnosis of coeliac disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*.2012;54(1):136-60. <https://doi.org/10.1097/mpg.0b013e31821a23d0>
- 100 Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabó I, Kurppa K, Mearin ML, Ribes-Koninckx C et al. European Society Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Guidelines for Diagnosing Coeliac Disease 2020. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2020;70(1):141-56. <https://doi.org/10.1097/mpg.0000000000002497>
- 101 Goldberg D, Williams P, Lobo A, Muñoz PE; General Health Questionnaire: cuestionario de salud general: guía para el usuario de las distintas versiones. Barcelona: Masson, 1996.
- 102 Horwitz SM, Briggs-Gowan MJ, Storfer-Isser A, Carter AS. Persistence of Maternal Depressive Symptoms throughout the Early Years of Childhood. *J Womens Health (Larchmt)*. 2009;18(5):637-45. <https://doi.org/10.1089/jwh.2008.1229>
- 103 Berge JM, Tate A, Trofholz A, Fertig AR, Miner M, Crow S, Neumark-Sztainer D. Momentary Parental Stress and Food-Related Parenting Practices. *Pediatrics*. 2017;140(6):e20172295. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-2295>
- 104 Riaño Galán I. Aspectos éticos en la atención del niño crónicamente enfermo o con necesidades especiales. *An Pediatr Contin*. 2013;11(3):173-80.
- 105 Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*. 1966;44(3):Suppl:166-206.

106 Marin-Torres V, Valverde Aliaga J, Sánchez Miró I, Sáenz Del Castillo Vicente MI, Polentinos-Castro E, Garrido Barral A. Internet como fuente de información sobre salud en pacientes de atención primaria y su influencia en la relación médico-paciente [Internet as an information source for health in primary care patients and its influence on the physician-patient relationship]. *Aten Primaria*. 2013;45(1):46-53. <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.aprim.2012.09.004>

107 Hurley KM, Black MM, Papas MA, Caulfield LE. Maternal symptoms of stress, depression, and anxiety are related to nonresponsive feeding styles in a statewide sample of WIC participants. *J Nutr*. 2008;138(4):799-805. <https://doi.org/10.1093/jn/138.4.799>

108 Shin J, Nhan NV, Crittenden KS, Hong HT, Flory M, Ladinsky J. Parenting stress of mothers and fathers of young children with cognitive delays in Vietnam. *J Intellect Disabil Res*. 2006;50(Pt 10):748-60. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00840.x>

## **10. Anexos**

---

**CUESTIONARIO ANÓNIMO PARA MADRES Y PADRES**

Esta encuesta es voluntaria y anónima. Gracias a ella los pediatras podremos comprender el nivel de preocupación que sentís cuando vuestro hijo/a enferma. Nos ayudará a poder entender mejor a nuestros pacientes y sus familias.

1. FECHA ACTUAL (dd/mm/aa):
2. FECHA DE NACIMIENTO DE SU HIJO/A (dd/mm/aa):
3. SU HIJO/A; ES UN VARÓN  ES UNA HEMBRA
4. EDAD GESTACIONAL: \_\_\_ SEMANAS
5. PESO AL NACIMIENTO (si lo recuerda): \_\_\_kg
6. TALLA AL NACIMIENTO (si lo recuerda):\_\_ cm
7. PESO APROXIMADO ACTUAL: \_\_ Kg
8. TALLA APROXIMADA ACTUAL: \_\_ cm
9. QUIEN RELLENA EL TEST; MADRE  PADRE:  OTRO:  (CUAL)\_\_\_
10. SITUACIÓN actual de los padres del niño/a);  
conviven juntos  separados o divorciados  viudo/a
11. Situación laboral; trabajan padre y madre  sólo madre  sólo padre   
Ninguno de los dos
12. Número de hijos totales;
13. Número de orden de nacimiento de vuestro hijo/a?:
14. Nivel de estudios de los padres: Básicos Primarios Secundarios   
Universitarios
15. Quién suele habitualmente dar de comer a su hijo/a?:  
Madre  Padre  Ambos Otros
16. MARCA CON UNA **X LA RAZÓN** por la que has acudido al pediatra (que te ha facilitado la encuesta)

**REVISIÓN DE SALUD DE NIÑO SANO**, en su Centro de Salud

**POR ALGUNO DE ESTOS PROBLEMAS**, en Consulta Hospitalaria:

<p><b>NIÑO/A MAL COMEDOR ; en este caso elige cual (es) se ajustan más a tu hijo/a:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Parece no tener apetito nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Sólo come bien determinados alimentos</p> <p><input type="checkbox"/> Sólo come bien en determinadas texturas</p> <p><input type="checkbox"/> Parece tener miedo a comer desencadenado por un evento traumático</p>	<p><b>ENFERMEDAD CELIACA</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>ESTREÑIMIENTO</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>DOLOR ABDOMINAL</b><input type="checkbox"/></p>
---	--

17. ¿Hace cuánto tiempo que **tu hijo cuando tiene** este problema? \_\_\_ (especifica meses o años)
18. ¿**Ha ingresado** en el hospital alguna vez por este motivo? Si  No
19. Debido a este problema, ¿has comprado **medicación o suplementos alimentarios por tu cuenta** sin que el pediatra te lo haya aconsejado? Si  No
20. ¿**Sientes** que el pediatra te entiende y te escucha cuando le hablas de este problema?
- Nada  algo  bastante  mucho
21. ¿**Has consultado en Internet** sobre el problema de tu hijo/a?
- Nada  algo  bastante  mucho
22. Debido a este problema de tu hijo ¿estás **teniendo problemas con tu pareja?**
- Nada  algo  bastante  mucho
23. ¿Alguien muy cercano en la familia a tu hijo/a (es decir, padre/madre/ hermanos) **ha tenido o tiene el mismo problema de tu hijo/a?** Si  No
24. ¿**Te sientes juzgado/a** por los demás sobre cómo manejas este problema con tu hijo/a?
- No**  **Si**  En este caso, elige cual; pareja  familiares  amigos
25. Debido al problema de tu hijo/a; ¿**sientes que estáis limitando vuestra vida social, vacaciones, etc?** Si  No
26. El problema de tu hijo/a; ¿te ha impedido **ir a trabajar o incorporarte** a trabajar?
- Nada  algo  bastante  mucho
27. En relación al problema de tu hijo/a; ¿has tenido que solicitar ayuda **a un psicólogo?**
- Si  No, y no me lo he planteado  No, pero me lo he planteado
- He acudido a un psicólogo pero por otros motivos
28. Debido a este problema, ¿habéis necesitado acudir al **Servicio de Urgencias?**
- Nada  algo  bastante  mucho
29. ¿**Insististe a tu pediatra** para que derivara a tu hijo/a al Médico Especialista?
- Nada  algo  bastante  mucho
30. ¿**Estás de acuerdo** con las indicaciones que te ha dado el médico en la consulta para abordar el problema? Nada  algo  bastante  mucho

**Esta encuesta es voluntaria y anónima.**

Consiste en preguntas generales sobre vuestra **situación familiar y social**, y otras dirigidas a evaluar la **calidad de vida y el nivel de estrés**. El objetivo del estudio es que los pediatras **podamos comprender el nivel de preocupación que pueden llegar a sentir los padres y madres cuando su hijo/a enferma**. Nos ayudará a poder entender mejor a nuestros pacientes y sus familias. Todos los **datos son anónimos**, no tendréis que escribir ningún nombre en la encuesta. Las encuestas se recogerán en distintas ciudades españolas. **Gracias por vuestra participación.**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO** para autorizar la participación en el estudio de investigación sobre "**Calidad de Vida y Estrés Parental**" que se realiza por **Pediatría** en el ámbito de **Atención Primaria y Atención Especializada** en diversos centros de España.

Yo, \_\_\_\_\_

Declaro que el personal sanitario de **Pediatría del ámbito de Atención Primaria y Atención Especializada** me ha informado de los siguientes hechos:

1. Los resultados obtenidos de las pruebas aplicadas serán utilizados únicamente con **finés clínicos y de investigación**.
2. El profesional sanitario **me ha explicado** detalladamente en qué consisten las pruebas de evaluación y sus objetivos
3. El profesional que me atiende podrá **analizar y compartir** los resultados con otros profesionales del equipo médico.
4. **La confidencialidad** de los datos está garantizada y por ello no se solicitará ninguna información que pueda colaborar a mi identificación (nombre, edad, lugar de procedencia, profesión, datos filiatorios).
5. Podré poner de manifiesto en cualquier momento, delante del personal sanitario, la voluntad de revocar esta autorización sin necesidad de dar explicaciones.

Y por tanto, doy mi consentimiento para mi participación en la encuesta anónima, y que se utilicen los datos obtenidos con las salvedades mencionadas.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**ESTA ES UNA ENCUESTA ANÓNIMA PARA PEDIATRAS.**

- 1. ¿Cuál es su ámbito de trabajo?** Atención Primaria   
Atención Especializada
- 2. ¿Cuántos niños ves de forma semanal en consulta habitualmente de forma aproximada?**  
<15;  16-30;  31- 50;  >50
- 3. ¿Con qué frecuencia global aproximada ves pacientes denominados comúnmente “MALOS COMEDORES”?**  
Poco (< 5%)  bastante (5-15%)  Frecuentemente (>15%)
- 4. Según tu opinión, en este problema en concreto suele ser más importante (Elige 1);**  
Abordaje médico del paciente  Abordaje psicológico al paciente   
Abordaje psicológico a los padres
- 5. ¿Crees que el nivel de preocupación de los padres es excesivo en este problema respecto otros motivos de consulta?**  
Nada  Poco  Bastante  Mucho
- 6. Esa preocupación de los padres ¿te hace sentir especialmente incómodo?**  
Nada  Poco  Bastante  Mucho
- 7. ¿Comparándolo con otros motivos de consulta médica, consideras que en este caso los padres se encuentran satisfechos al salir de la consulta tras las recomendaciones médicas recibidas?**  
Nada  Poco  Bastante  Mucho
- 8. ¿Consideras que el nivel de ansiedad /preocupación de los padres es el principal motivo de derivación del paciente a Consulta de Especializada?**  
Nada  Poco  Bastante  Mucho
- 9. ¿Sueles aconsejar medicación: multivitamínicos, enriquecedores calóricos (tipo Meritene, Pediasure) o estimulantes de apetito a ESTOS PACIENTES?**  
Nada  Poco  Bastante  Mucho
- 10. En tu opinión, ¿cuál es generalmente el aspecto que te parece más importante abordar en la consulta con estos pacientes?**  
El estado nutricional del niño/a  El ámbito psicológico- familiar

**11.** En relación a la **desnutrición asociada a rechazo de alimentación** en un niño por lo demás sano. ¿Cómo consideras que te sitúas? (elige sólo la opción con la que más te identifiques)

- Considero que si es necesario hay que colocar sonda naso- gástrica/dispositivo de gastrostomía para asegurar aportes
- Considero que en la medida de lo posible hay que evitar colocación de sonda naso- gástrica/dispositivo de gastrostomía

**12.** ¿Sueles **aconsejar apoyo psicológico** a los padres?

Nada  Poco  Bastante  Mucho

**13.** En tu opinión, ¿consideras que este problema se relaciona de forma significativa con **ansiedad- depresión** en sus padres?

Nada  Poco  Bastante  Mucho

**14.** En tu opinión, ¿consideras que este problema **suele generar problemas o enfrentamientos entre la pareja/ padres** del niño?

Nada  Poco  Bastante  Mucho

**15.** En tu opinión, ¿crees que el nivel de estrés o preocupación **es diferente** en el padre y en la madre? No, ambos progenitores suelen tener igual nivel de estrés

Si, el nivel de estrés suele ser mayor en la madre

Si, el nivel de estrés suele ser mayor en el padre

**16.** En tu opinión, ¿**quién crees que debería realizar el seguimiento** y tratamiento de este paciente? El pediatra de atención primaria

El pediatra de atención primaria y el pediatra de Atención Especializada

El pediatra de atención primaria, el pediatra de Atención Especializada y el Psicólogo

**17.** ¿**Quién crees** que habitualmente se encarga de dar de comer a esos pacientes?

Sobretudo el padre  Sobretudo la madre  Generalmente ambos por igual

**18.** ¿Crees que habría que **dedicar más tiempo** en consulta a este problema en concreto?

Nada  Poco  Bastante  Mucho

**19.** ¿Conoces los **criterios diagnósticos** de este trastorno? Si  No

**20.** ¿Crees que podrías **enumerarlos**? Si  No

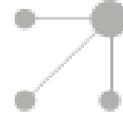
# **Apéndice**

---

A. Fernández de Valderrama Rodríguez, C. Ochoa Sangrador, C. Pedrón Giner et al., Repercusión psicológica y social de los padres y madres de niños con dificultades de alimentación, *Anales de Pediatría*, <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.04.011>

analesdepediatría

[www.analesdepediatría.org](http://www.analesdepediatría.org)



ORIGINAL

## Repercusión psicológica y social de los padres y madres de niños con dificultades de alimentación

Ana Fernández de Valderrama Rodríguez<sup>a,\*</sup>, Carlos Ochoa Sangrador<sup>b</sup>, Consuelo Pedrón Giner<sup>c</sup> y Jesús Sánchez Hernández<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España

<sup>b</sup> Complejo Asistencial de Zamora, Zamora, España

<sup>c</sup> Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España

Recibido el 11 de noviembre de 2021; aceptado el 12 de abril de 2022

### PALABRAS CLAVE

Conducta alimentaria;  
Trastorno de conducta alimentaria infantil;  
Conflicto psicológico;  
Relación madre-hijo;  
Escala de estado psicológico;  
Relaciones familiares

### Resumen

**Objetivos:** La prevalencia de niños con dificultades en la alimentación (NDA) o malos comedores es alta en nuestro medio, si consideramos la opinión de los padres. Aunque en la mayoría no observamos enfermedad orgánica o repercusión nutricional, es frecuente que este problema repercute en la dinámica familiar. Nos proponemos estimar su impacto en el estrés, la calidad de vida y el estado de salud psicológica familiar.

**Métodos:** Estudio de casos (NDA) y controles (controles sanos y controles con trastornos digestivos o controles enfermos). Se evaluó el estrés parental y el riesgo de afectación psicológica en estas familias, mediante escalas validadas (Parent Stress Index Short Form y General Health Questionnaire de Goldberg) y una encuesta de opinión a los padres.

**Resultados:** Se recogieron un total de 238 encuestas: 102 correspondientes a controles sanos, 88 con trastornos digestivos y 48 de NDA. El 49,8% de los padres de NDA se consideraban desatendidos por su pediatra y el 47,9% no estaban de acuerdo con sus recomendaciones. El 54,2% de ellos encuentra limitaciones en su vida social, el 25% problemas de pareja, el 47,8% se sienten juzgados por los demás (12,5% por sus propias parejas) sobre cómo manejan la alimentación de su hijo y un 37,5% habían solicitado o considerado ayuda psicológica. Todos estos problemas fueron significativamente más frecuentes que en los controles. Padres y madres de los NDA presentaron con mayor frecuencia riesgo de ansiedad/depresión según el General Health Questionnaire de Goldberg: un 54,2% según valores de referencia (odds ratios ajustadas frente a controles sanos 4,18; intervalo de confianza del 95% (IC95%): 1,96 a 8,87; frente a controles enfermos odds ratio 8,25; IC95% 2,79 a 23,88) y un 33,3% según los valores de nuestros controles sanos. Asimismo, presentaron mayores puntuaciones de estrés (Parent Stress Index Short Form) que los controles sanos (diferencia de medias ajustada 21; IC95% 12,19 a 29,81) y controles enfermos (diferencia de medias ajustada 20; IC95% 9,81 a 30,19).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [anafdevr@gmail.com](mailto:anafdevr@gmail.com) (A. Fernández de Valderrama Rodríguez).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.04.011>

1695-4033/© 2022 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).