



ORIGINAL

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



Ana Fernández de Valderrama Rodríguez^{a,*}, Carlos Ochoa Sangrador^b,
Consuelo Pedrón Giner^c y Jesús Sánchez Hernández^a

^a Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España

^b Complejo Asistencial de Zamora, Zamora, España

^c Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España

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

Disponible en Internet el 18 de mayo 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 45,8% 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 47,9% 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 6,25; IC95% 2,79 a 13,98) 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 (A. Fernández de Valderrama Rodríguez).

Conclusiones: Los padres y madres de los NDA 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.

© 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/>).

KEYWORDS

Feeding behaviour;
Childhood eating and feeding disorders;
Behavioural disorders;
Mother-child relationship;
Psychiatric status rating scales;
Family relations

Psychological and social impact on parents of children with feeding difficulties

Abstract

Objectives: The prevalence of feeding disorders (FDs) and picky eating in children is high in our region, based on the parents' perceptions. Although organic disease or a nutritional impact is rarely observed in these children, the problem frequently has an effect on family dynamics. We aimed to estimate the impact of these disorders on the stress level, quality of life and psychological health of families.

Methods: Study of cases (FDs) and controls (healthy controls and controls with digestive disorders or sick controls). We assessed parental stress and the risk of psychological distress in these families using validated scales (Parent Stress Index Short Form and Goldberg's General Health Questionnaire) and a parental opinion survey.

Results: We collected a total of 238 surveys, 102 corresponding to healthy controls, 88 to controls with digestive disorders and 48 to children with FDs. We found that 45.8% of parents in the FD group felt neglected by their paediatricians and 47.9% did not agree with the paediatrician's recommendations. In addition, 54.2% reported limitations to their social life, 25% problems in their relationship, 47.9% feeling judged by others (12.5% by their own partner) for how they managed mealtimes, and 37.5% having sought or considered seeking psychological support. All these problems were significantly more frequent compared to controls. Based on the Goldberg's General Health Questionnaire, the risk of anxiety and depression was more frequent in parents in the FD group: 54.2% compared to the reference (adjusted odds ratio compared to controls, 4.18; 95% confidence interval [CI], 1.96-8.87; odds ratio compared to sick controls, 6.25; 95% CI, 2.79-13.98) and 33.3% compared to the healthy control group. They also had higher stress scores (Parent Stress Index Short Form) compared to the healthy control group (adjusted mean difference, 21; 95% CI, 12.19-29.81) and the sick control group (adjusted mean difference, 20; 95% CI, 9.81-30.19).

Conclusions: Parents of children with FDs have a high level of stress and risk of anxiety and depression, with repercussions at the social, family, couple and work levels. The relationship with the paediatrician may also be affected.

© 2022 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

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 global el término niño mal comedor. Las denominaciones, definición y sistematización de estas dificultades están en constante revisión 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^{1,2}. En la mayoría de las ocasiones se trata 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 preadolescencia³⁻⁷. Los problemas globales

de alimentación en pacientes con problemas neurológicos ascienden al 80%⁸.

La adecuada evolución ponderoestatural de un niño 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 (NDA), el hecho de que no se refleje una consecuencia en el peso o la talla no significa que las familias no lo vivan como un problema, con niveles de angustia superiores al de otras enfermedades clasificadas como orgánicas. Identificar esta repercusión permitiría al pediatra abordar el problema de forma más global, prestando atención no solo al niño, sino también al contexto familiar.

Los padres presentan unos niveles de estrés inherentes a la responsabilidad que han adquirido desde que se convierten en progenitores. Dicho estrés puede influir en su

autoestima, actividad social y desarrollo personal. Cuando desde su punto de vista el niño no come adecuadamente, sus niveles de estrés pueden aumentar. Estudios previos evidencian que los NDA pueden asociar problemas en la interacción con sus padres¹, siendo difícil determinar si es causa o consecuencia de ello. Nuestro objetivo es conocer dicha afectación, analizando el estrés parental y la repercusión psicológica en estas familias, mediante escalas validadas.

Métodos

Realizamos un estudio de casos y controles previa aceptación por el Comité de Ética de nuestro hospital (referencia n.º1607). Los casos eran pacientes diagnosticados como NDA en seguimiento por atención especializada (consultas de gastroenterología infantil). Se establecieron 2 grupos de controles: controles sanos (CS) y controles enfermos (CE). Los CS fueron niños que acudían a control de salud en Consultas de Pediatría de Atención Primaria sin enfermedad de base diagnosticada desde los 0 a los 12 años. Los 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, con edades comprendidas entre 0-12 años. No se empleó ningún procedimiento de emparejamiento de edad o sexo en la selección.

Como criterios de inclusión, precisaban diagnóstico correcto previo: NDA según criterios DSM-5⁹ y grupo CE criterios ESPGHAN 2012¹⁰ y ROMA III^{11,12}, excluyéndose pacientes con cualquier otra enfermedad orgánica o psiquiátrica.

Según el DSM-5, los criterios del «trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos» son:

- A) Fracaso persistente para cubrir 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 orales e 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 una anorexia o bulimia nerviosa, no se produce en el contexto de la autopercepción de peso.
- D) No se atribuye a una afección médica, y si se produce en el contexto de esta, es mayor de lo esperado.

La información se recogió mediante cuestionarios anónimos previo consentimiento informado, que se entregaron a ambos progenitores cuando acudían a consulta médica durante el período 2017-2019. Se entregó un sobre con franqueo pagado para que nos enviaran las respuestas por correo ordinario. Las encuestas constaban de 4 partes diferenciadas:

- Datos generales del paciente (relativos a su edad, sexo, somatometría perinatal y actual, situación familiar y laboral de los progenitores).
- 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 del material suplementario](#)).

- Evaluación de estrés parental: mediante la escala Parent Stress Index Short Form (PSI-SF) de Abidin (adaptación española de Díaz-Herrero et al.)^{13,14}. Esta prueba evalúa el nivel de estrés experimentado por la persona en su rol como padre o madre. Está compuesta por 36 ítems y presenta un formato Likert de respuesta de 5 opciones, desde 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo). Según este método el valor máximo que se puede obtener en la escala es de 180 puntos y el mínimo de 36 puntos. Mayores niveles de puntuación se asocian a mayor estrés. De acuerdo con las recomendaciones de los autores, los casos que sobrepasan el percentil 85 se consideran «estrés alto» y por encima de percentil 90 se considera clínicamente significativo. Consta de 3 subescalas: a) Malestar paterno (MP): determina el malestar experimentado por los progenitores al ejercer su papel de padres/madres, provocado por factores personales y directamente relacionados con el ejercicio de las funciones derivadas de este rol; b) Interacción disfuncional padres-hijo (IDPH): consiste en la percepción que los progenitores tienen del grado en que su hijo/a satisface o no las expectativas que tenían y del grado de reforzamiento que su hijo/a les proporciona, y c) Niño difícil (ND): valora como perciben la facilidad o dificultad de controlar a sus hijos en función de los rasgos conductuales que poseen.
- Prueba de Goldberg o Goldberg's General Health Questionnaire (GHQ-28)¹⁵: instrumento para detectar problemas de disfunción social, psicósomáticos, ansiedad y depresión. Tiene 2 aplicaciones principales: estimar la prevalencia de la enfermedad psiquiátrica en una determinada población y captar casos de enfermedad psiquiátrica en las consultas no especializadas. El test se considera útil como método de cribado, pero no para realizar un diagnóstico clínico ni medir la gravedad de los síntomas. Consta de 28 ítems agrupados en 4 subescalas de 7 ítems cada una, que exploran los siguientes dominios: subescala A (síntomas somáticos), subescala B (ansiedad e insomnio), subescala C (disfunción social) y subescala D (depresión grave). Cada pregunta tiene 4 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 4 posibles respuestas (a, b, c, d). Mayor puntuación se asocia 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 0 puntos. La puntuación total se obtiene por sumatoria simple de las calificaciones en cada uno de los ítems. Para su interpretación, el punto de corte establecido para no caso/caso recomendado por el autor es 5/6 para cada subescala y 23/24 como puntuación total, aunque no es un punto de corte absoluto.

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. Se realizó estadística descriptiva de todas las variables globalmente y por grupos, con análisis de frecuencias relativas y absolutas de

Tabla 1 Edad gestacional y características antropométricas de los pacientes incluidos en el estudio

	Control sano (n = 59)		NDA (n = 25)		Control enfermo (n = 49)		p1 ^a	p2 ^b
	Media (mediana)	DE (RIC)	Media (mediana)	DE (RIC)	Media (mediana)	DE (RIC)		
<i>Recién nacido</i>								
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)	0,01	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)	0,02	0,05
<i>Actual</i>								
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	< 0,01
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

DE: desviación estándar; EG: edad gestacional; IMC: índice de masa corporal; NDA: niños con dificultades en la alimentación; RIC: rango intercuartílico; Z: puntuación Z.

^a Compara control sano con NDA.

^b Compara NDA con control enfermo.

variables cualitativas, y medidas de centralización y dispersión de variables cuantitativas. Todas las estimaciones se realizaron con sus intervalos de confianza (IC) 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 CS. Se realizó una comparación *a posteriori* usando como CE al subgrupo de celíacos.

Resultados

Se recogieron un total de 238 encuestas: 102 correspondientes a CS, 88 con enfermedades digestivas, considerados CE (56 enfermedad celíaca, 13 estreñimiento, 19 dolor abdominal) y 48 de NDA. Las encuestas corresponden a un total de 133 pacientes, de los que 59 eran varones, sin diferencias por sexos entre grupos (NDA 48%, CS 42,3% y CE 44,8%). En la [tabla 1](#) se presentan las características de los distintos grupos. El grupo CE tenía mayor edad que los otros grupos. Respondieron un total de 130 madres y 108 padres, sin diferencias significativas entre los 3 subgrupos. Los NDA tuvieron menor peso y talla al nacimiento que los controles sanos, sin diferencias significativas en otras variables. No se hallaron diferencias respecto a prematuridad, número de orden ni bajo peso de recién nacido a término, ni sobre los antecedentes familiares de misma enfermedad (enfermedad celíaca, trastorno digestivo funcional o dificultades

en la alimentación). Tampoco se hallaron diferencias en el estado nutricional de los 3 grupos. Se detecta significación en el uso de sonda nasogástrica (un 18,8% de los NDA frente un 0% de los CE), aunque no sabemos si fue un uso anterior o posterior al diagnóstico.

Respecto a la mediana de edad del inicio de la aparición de síntomas, fue de 6 meses para el grupo NDA y de 24 meses para los CE ($p < 0,01$). En los menores de 3 años, la principal responsable de la alimentación en el grupo CS fue la madre en un 51,9%, y ambos, padre y madre, en un 37%. Sin embargo, en el grupo NDA fueron ambos en el 56,7% y solo 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. Se analizaron la situación laboral y familiar de los padres, así como su nivel de estudios, que fueron superiores en el grupo CS ([tabla 2](#)). En cuanto a la atención hospitalaria y asistencia al pediatra, los padres de los NDA se muestran descontentos con la atención recibida y las pautas aconsejadas ([tabla 3](#)). En cuanto a las relaciones sociales, los padres de los NDA encuentran limitaciones en su vida social y en la asistencia al trabajo, y repercusión en su vida de pareja ([tabla 3](#)).

En relación con los niveles de estrés parental y riesgo de ansiedad/depresión (escalas PSI-SF y GHQ-28), estos son superiores en los padres de los NDA, con similares resultados cuando se reajustan los puntos de corte según el percentil 90 de nuestra población CS ([tablas 4 y 5](#)). En la [tabla 6](#) 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 progenitores no se introdujeron en el ajuste por presencia de colinealidad. Se presentan las diferencias de medias ajustadas de las puntuaciones y las OR ajustadas de valores superiores a los diferentes puntos de corte

Tabla 2 Características demográficas de los padres entrevistados, analizadas por grupos

	Control sano (n = 102)		NDA (n = 48)		Control enfermo (n = 88)		p1 ^a	p2 ^b
	n	%	n	%	n	%		
<i>Situación familiar</i>								
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
<i>Situación laboral</i>								
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	< 0,01	0,01
<i>Nivel de estudios</i>								
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	0,01	0,90

NDA: niños con dificultades en la alimentación.

^a Compara control sano con NDA.^b Compara NDA con control enfermo.**Tabla 3** Asistencia médica, relaciones sociales y otros

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

NDA: niños con dificultades en la alimentación.

^a Respecto a la unificación nada/poco.^b Respecto a la unificación bastante/mucho.^c Respecto a la unificación no/por otros motivos.

Tabla 4 Mediana de puntuaciones de las escalas de estrés parental (PSI-SF) y riesgo psicológico (GHQ-28)

Puntuación total	Control sano (n = 102)		NDA (n = 48)		Control enfermo (n = 88)		p1 ^a	p2 ^b
	Mediana	RIC	Mediana	RIC	Mediana	RIC		
<i>Total PSI-SF</i>	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
<i>Total GHQ-28</i>	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
Puntuación elevada	n	%	n	%	n	%		
<i>PSI-SF ≥ p85</i>	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
<i>PSI-SF ≥ p90</i>	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	0,03	0,34
Subescala ND ≥ p90	2	2,0	7	14,6	0	0,0	0,01	0,01
<i>Test GHQ-28 patológico</i>	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	0,03	0,08

GHQ-28: General Health Questionnaire de Goldberg; IDPH: interacción disfuncional padres-hijo; MP: malestar paterno; ND: niño difícil; NDA: niños con dificultades en la alimentación; PSI-SF: Parental Stress Index Short Form; RIC: rango intercuartílico.

^a Compara control sano con NDA.

^b Compara NDA con control enfermo.

Tabla 5 Puntuaciones de las escalas PSI-SF y GHQ-28 ajustadas según nuestra población de control sano

	NDA (n = 48)		Control enfermo (n = 88)		p
	n	%	n	%	
<i>PSI-SF ≥ p90</i>	23	47,9	13	14,8	< 0,01
Subescala MP ≥ p90	20	41,7	15	17,0	< 0,01
Subescala IDPH ≥ p90	14	29,2	8	9,1	< 0,01
Subescala ND ≥ p90	30	62,5	21	23,9	< 0,01
<i>Test GHQ-28 ≥ p90</i>	16	33,3	6	6,8	< 0,01
Subescala A ≥ p90	12	25,0	3	3,4	< 0,01
Subescala B ≥ p90	17	35,4	7	8,0	< 0,01
Subescala C ≥ p90	11	22,9	7	8,0	0,01
Subescala D ≥ p90	14	29,2	11	12,5	0,01
<i>Test GHQ-28 ≥ p95</i>	8	16,7	2	2,3	< 0,01
Subescala A ≥ p95	4	8,3	1	1,1	0,05
Subescala B ≥ p95	9	18,8	3	3,4	< 0,01
Subescala C ≥ p95	8	16,7	3	3,4	0,01
Subescala D ≥ p95	8	16,7	6	6,8	0,08

GHQ-28: General Health Questionnaire de Goldberg; IDPH: interacción disfuncional padres-hijo; MP: malestar paterno; ND: niño difícil; NDA: niños con dificultades en la alimentación; PSI-SF: Parental Stress Index Short Form.

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

Puntuaciones totales	NDA vs. control sano DMA (IC 95%)	p	NDA vs. enfermos DMA (IC 95%)	p
<i>Estrés total (PSI-SF)</i>	21 (12,19-29,81)	< 0,01	20 (9,81-30,19)	< 0,01
Subescala MP	5 (1,32-8,67)	0,01	6,5 (1,79-11,20)	0,01
Subescala IDPH	3,5 (0,37-6,62)	0,03	4 (0,47-7,52)	0,03
Subescala ND	9 (6,06-11,93)	< 0,01	9,5 (5,58-13,41)	< 0,01
<i>Test GHQ-28 total</i>	8 (3,96-12,04)	< 0,01	11 (7,47-14,52)	< 0,01
Subescala A	2,5 (0,85-4,15)	< 0,01	3 (1,04-4,96)	< 0,01
Subescala B	4 (2,16-5,84)	< 0,01	4 (2,43-5,57)	< 0,01
Subescala C	0 (0,73-0,73)	1	0 (0,39-0,39)	1
Subescala D	2 (1,63-2,37)	< 0,01	2 (1,61-2,39)	< 0,01
Puntuaciones elevadas	ORa (IC 95%)	p	ORa (IC 95%)	p
<i>Estrés total (PSI-SF) ≥ p85</i>	47,06 (5,61-394,24)	< 0,01	No estimable	-
Subescala MP	7,88 (2,78-22,33)	< 0,01	6,22 (2,28-16,99)	< 0,01
Subescala IDPH	13,94 (2,67-72,80)	< 0,01	16,91 (3,14-91,04)	0,01
Subescala ND	12,05 (3,04- 47,67)	< 0,01	44,96 (5,20-388,62)	< 0,01
<i>Estrés total (PSI-SF) ≥ p90</i>	36,74 (4,33-311,20)	< 0,01	No estimable	-
Subescala MP	16,05 (3,84-67,13)	< 0,01	12,56 (3,19-49,43)	< 0,01
Subescala IDPH	No estimable	-	6,30 (0,96-41,11)	0,05
Subescala ND	11,25 (2,13-59,39)	< 0,01	No estimable	-
<i>Test GHQ-28 patológico</i>	4,18 (1,96-8,87)	< 0,01	6,25 (2,79-13,98)	< 0,01
Escala A	2,56 (1,21-5,38)	0,01	3,86 (1,70-8,76)	< 0,01
Escala B	4,74 (2,18-10,32)	< 0,01	6,42 (2,93-14,06)	< 0,01
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)	0,02	2,73 (0,89-8,41)	0,08
<i>Test GHQ-28 ≥ p90 nuestra población</i>	4,14 (1,74-9,84)	< 0,01	6,83 (2,46-19,01)	< 0,01
Subescala A	3,39 (1,31-8,78)	0,01	10,29 (2,68-39,47)	< 0,01
Subescala B	3,97 (1,69-9,37)	< 0,01	6,35 (2,40-16,78)	< 0,01
Subescala C	2,32 (0,92-5,91)	0,08	3,44 (1,24-9,58)	0,02
Subescala D	3,68 (1,49-9,09)	0,01	2,88 (1,18-6,99)	0,02
<i>Test GHQ-28 ≥ p95 nuestra población</i>	3,88 (1,19-12,58)	0,02	8,60 (1,75-42,35)	< 0,01
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)	< 0,01	6,54 (1,68-25,49)	< 0,01
Subescala C	3,65 (1,11-11,99)	0,03	5,67 (1,43-22,50)	0,01
Subescala D	3,88 (1,19-12,58)	0,02	2,73 (0,89-8,41)	0,08

DMA: diferencia de medias ajustada; GHQ-28: General Health Questionnaire de Goldberg; IC: intervalo de confianza; IDPH: interacción disfuncional padres-hijo; MP: malestar paterno; ND: niño difícil; NDA: niños con dificultades en la alimentación; ORa: odds ratio ajustada; PSI-SF: Parental Stress Index Short Form.

empleados; para todas las puntuaciones globales y para la mayoría de las subescalas las estimaciones eran desfavorables para los NDA. Existen diferencias de género en la prueba GHQ-28, con mayor nivel de componente ansioso-depresivo en las madres (diferencias de medias ajustadas 4; IC95% 0,83 a 7,17), pero no se hallaron en el PSI-SF (diferencias de medias ajustadas 9; IC95% -0,17 a 18,17).

En las tablas S1 a S5 del [material suplementario](#) se presenta la comparación entre casos con NDA y el subgrupo de CE celíacos. No se observaron diferencias reseñables con respecto a la comparación con todos los CE.

Discusión

Los resultados muestran que los padres y madres de niños NDA tienen niveles de estrés altos, incluso mayores que los padres de pacientes con otras enfermedades digestivas.

En relación con la prueba GHQ-28, herramienta para la detección de problemas de disfunción social, psicopatológicos, ansiedad y depresión, se detectaron niveles patológicos inesperadamente altos en nuestro grupo de CS, por lo que se reajustaron los puntos de corte según el percentil 90 de dicha población; según los nuevos parámetros, uno de cada 3 padres y madres de NDA se encontraban en situación de riesgo psicológico. También es relevante la repercusión en la esfera sociofamiliar de los padres de NDA, ya que perciben más problemas de forma significativa: uno 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 uno de cada 4 le ha impedido ir a trabajar, y uno de cada 3 ha solicitado o se ha planteado solicitar ayuda psicológica.

No se ha identificado ser hijo primogénito como factor de riesgo previamente descrito, pero sí un menor peso al nacimiento¹⁶. El uso de sonda nasogástrica se ha descrito como factor inductor del trastorno de alimentación¹, pero en nuestro estudio no disponemos de datos para conocer la relación temporal entre ambos.

El grado de insatisfacción con la atención recibida y las pautas aconsejadas por el pediatra fue el doble en los NDA que en los niños con otras enfermedades de forma estadísticamente significativa, ya que casi la mitad de los encuestados ni se sienten escuchados por su pediatra ni están de acuerdo con la pauta de tratamiento, e incluso consideran que tuvieron que insistir en la derivación a consulta especializada.

Estudios previos describen la relación entre estrés parental y dificultades en la alimentación de sus hijos. Padres y madres se sienten responsables de que sus hijos coman de forma variada y lo que ellos consideran comida sana⁴. 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 comida¹⁷. El momento de la alimentación se convierte en estresante y negativo, impidiéndoles disfrutar de su hijo¹⁸, lo que provoca presión sobre su hijo para que coma¹⁹. Las madres con características sintomáticas alteradas (ansiedad, depresión u hostilidad) se asocian a un modo de relación patológica durante la alimentación²⁰⁻²³. En nuestro estudio también se han evidenciado diferencias de género, con mayor riesgo de componente ansioso-depresivo en las madres, sin diferencias en los niveles totales de estrés. Llama la atención que, a pesar de que la madre es la principal responsable de la alimentación en los CS menores de 3 años, no es así en los NDA, donde el niño es alimentado principalmente por ambos progenitores. Podemos interpretar que en los NDA el padre colabora más activamente en la alimentación.

Existe evidencia sobre como el dolor abdominal funcional y el estreñimiento pueden llegar a afectar la calidad de vida de los pacientes de forma similar a otros trastornos orgánicos²⁴, así como en la enfermedad celíaca²⁵. Sin embargo, en nuestro estudio, tanto el estrés parental como los rasgos ansioso-depresivos son significativamente mayores en el grupo de NDA que en el del resto de las enfermedades digestivas.

Se han evidenciado algunas limitaciones en nuestro estudio, fundamentalmente el bajo número de NDA 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 NDA sin enfermedad asociada) haya motivado el escaso reclutamiento. Por otra parte, existe una infrarrepresentación de niños menores de 3 años en el grupo CE, motivada por la mayor edad de los pacientes con los trastornos seleccionados. Los CS también tenían una edad algo mayor (diferencia de medianas de 0,62 años), aunque la diferencia no era estadísticamente significativa. No pudo realizarse estratificación por edad por el insuficiente número de pacientes. 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.

Conclusiones

Padres y madres de niños malos comedores tienen niveles elevados de estrés y mayor riesgo de ansiedad y depresión, con una importante repercusión a nivel social, familiar, de pareja y laboral. 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 atención no solo al niño, sino también a la familia.

Además, la relación con el pediatra puede verse afectada. Tener en consideración todas estas cuestiones nos puede ayudar a mejorar nuestro abordaje profesional y a cuidar nuestra relación médico-paciente.

Financiación

Este proyecto ha recibido una ayuda de 1.000€ de la *Fundación Burgos por la Investigación de la Salud* (CIG G-09254616) en enero de 2017.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Hernández Frutos, Esther; Hospital Santos Reyes (Aranda de Duero, Burgos). Serna Cubillo, Isabel; Centro de Salud Cristóbal Acosta (Burgos). Cilla Lizarraga, Amaia; Centro de Salud José Luis Santamaría (Burgos). Camino Fernández, Ana; Centro de Salud Los Cubos (Burgos). Elvira Pardilla, Ana; Centro de Salud Santa Clara (Burgos). Rámila de la Torre, Elsa; Centro de Salud Santa Clara (Burgos). Santamaría Marcos, Elena; Centro de Salud San Agustín (Burgos). Kannan Leis, Sara; Hospital Santa Bárbara (Soria). Alonso Vicente, Carmen; Hospital Universitario El Clínico (Valladolid). Bartolomé Porro, Juan; Hospital Río Carrión (Palencia). Galicia Plobet, Gonzalo; Hospital Universitario de Guadalajara (Guadalajara). Martínez Escribano, Beatriz; Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid). Cañedo Villarroya, Elvira; Hospital Universitario Niño Jesús (Madrid). Parejo Díaz, Patricia; Salud de área de Segovia. Martínez Cuevas, Elena; Centro de Salud Gamonal Antigua (Burgos). Vecino López, Raquel; Hospital Clínico San Carlos (Madrid). Rizo Pascual, Jana; Hospital Universitario Infanta Sofía (Madrid). La Orden Izquierdo, Enrique; Hospital Universitario Infanta Elena (Valdemoro, Madrid). Balmaseda Serrano, Elena; Hospital de Albacete (Albacete). Torrecilla Cañas, Javier; Hospital Virgen de la Luz (Cuenca). Hernández Bertó, Tomás; Hospital de Albacete (Albacete). Donado Palencia, Paloma; Hospital General Universitario Ciudad Real (Ciudad Real). Martín Sacristán, Beatriz; Complejo Hospitalario de Toledo (Toledo). Crespo Madrid, Nuria; Complejo Hospitalario de Toledo (Toledo). Cuadrado Martín, Soraya; Hospital Nuestra Señora del Prado (Talavera de la Reina, Toledo).

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.04.011>.

Bibliografía

1. Kerzner B, Milano K, MacLean WC Jr, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*. 2015;135:344–53.
2. 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;68:124–9.
3. 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.
4. 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;11:5.
5. Kerzner B. Clinical investigation of feeding difficulties in young children: A practical approach. *Clin Pediatr (Phila)*. 2009;48:960–5.
6. Mascola AJ, Bryson SW, Agras WS. Picky eating during childhood: A longitudinal study to age 11 years. *Eat Behav*. 2010;11:253–7.
7. Lindberg L, Bohlin G, Hagekull B. Early feeding problems in a normal population. *Int J Eat Disord*. 1991;10:395–405.
8. Manikam R, Perman JA. Pediatric feeding disorders. *J Clin Gastroenterol*. 2000;30:34–46.
9. Asociación Americana de Psiquiatría. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. 5.ª ed. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2014.
10. 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;54:136–60.
11. Rasquin A, di Lorenzo C, Forbes D, Guiraldes E, Hyams JS, Staiano A, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: Child/adolescent. *Gastroenterology*. 2006;130:1527–37.
12. Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiau J. Childhood functional gastrointestinal disorders: Neonate/toddler. *Gastroenterology*. 2006;130:1519–26.
13. Abidin RR. *Parenting Stress Index (PSI) manual*. 3rd ed Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press; 1995.
14. 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;22:1033–8.
15. 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;16:135–40.
16. 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;42:231–45.
17. Unlü G, Aras S, Güvenir T, Büyükgebiz B, Bekem O. Family functioning, personality disorders, and depressive and anxiety symptoms in the mothers of children with food refusal [Turkish]. *Türk Psikiyatri Derg*. 2006;17:12–21.
18. 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;26:375–84.
19. 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;105:541–8.
20. Stein A, Woolley H, Murray L, Cooper P, Cooper S, Noble F, et al., Influence of psychiatric disorder on the controlling behaviour 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.
21. 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;39:743–51.
22. 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;43:233–40.
23. 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;138:799–805.
24. 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;117:54–9.
25. 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;34:112–6.