



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

FACULTADE DE CIENCIAS DA SAÚDE

MESTRADO EN ASISTENCIA E INVESTIGACIÓN SANITARIA

ESPECIALIDADE EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Curso académico 2017-2018

TRABALLO FIN DE MESTRADO

**Os trastornos da inxestión alimentaria da
infancia ou da nenez dende a perspectiva do
alimentador principal**

Lucía Picón Pazos

14 de xullo de 2018

DIRECTORA

Dra. María Jesús Movilla Fernández

Directora do Departamento de Ciencias da Saúde

Universidade de A Coruña

Resumo

Na actualidade, estímase que os TIAI son un dos trastornos máis habituais entre a poboación pediátrica, afectando a un 25%–45% dos/as nenos/as con desenvolvemento típico. Malia a visión reduccionista que os actuais manuais diagnósticos presentan deste trastorno, o certo é que o comportamento humano durante a inxestión é un proceso complexo. Neste sentido, a literatura científica actual suxire que os TIAI emerxen da combinación de factores de carácter médico, fisiolóxico, social, ambiental e familiar que constitúen unha rede que está en continua interacción. Consecuentemente, debido á importancia que as relacións alimentador-neno/a teñen na conceptualización do trastorno, expónse a realización dun estudo de deseño cualitativo de fenomenoloxía hermenéutica cuxo principal método de recollida de datos é a entrevista semiestruturada. A través da realización dun muestreo teórico intencionado nas consultas de pediatría do SERGAS da comarca da Coruña pretendérase penetrar nas crenzas, sentimentos e prácticas alimenticias do alimentador principal do infante con TIAI a fin de comprender de forma máis profunda tanto as súas propias actitudes como o trastorno alimentario do neno/a.

Palabras clave: TIAI, alimentador principal, contexto sociofamiliar, sentimentos, crenzas, prácticas alimentarias.

Resumen

En la actualidad, se estima que los TIAI son uno de los trastornos más habituales entre la población pediátrica, afectando a un 25%–45% de los/as niños/as con desarrollo típico. A pesar de la visión reduccionista que los actuales manuales diagnósticos presentan de este trastorno, lo cierto es que el comportamiento humano durante la ingesta es un proceso complejo. En este sentido, la literatura científica actual sugiere que los TIAI emergen de la combinación de factores de carácter médico, fisiológico, social, ambiental y familiar que constituyen una red que está en continua

interacción. Consecuentemente, debido a la importancia que las relaciones alimentador-niño/a tienen en la conceptualización del trastorno, se expone la realización de un estudio de diseño cualitativo de fenomenología hermenéutica cuyo principal método de recogida de datos es la entrevista semiestructurada. A través de la realización de un muestreo teórico intencionado en las consultas de pediatría del SERGAS de la comarca de la Coruña se pretenderá penetrar en las creencias, sentimientos y prácticas alimenticias del alimentador principal del infante con TIAI a fin de comprender de forma más profunda tanto sus propias actitudes como un el trastorno alimentario del niño/a.

Palabras clave: TIAI, alimentador principal, contexto sociofamiliar, sentimientos, creencias, prácticas alimentarias.

Abstract

Nowadays, it is estimated that FDIC are one of the most habitual disorders in pediatric population affecting 25%–45% of typically developing children. Despite of the reductionist view that actual diagnostic manuals have of this disorder, the truth is that human behaviour during feeding is a complex process. In this sense, actual scientific literature suggest that FDIC emerge of the combination of medical, physiologic, social, environmental and family factors that constitute a net in continuous interaction. Consequently, due to the importance that feeder-child relationships have in the disorder's conceptualization, it is presented the realization of a qualitative study with a hermeneutic phenomenology design whose main data collection method is the semi structured interview. Through an intentional theoretical sampling in pediatric consultation of SERGAS in A Coruña, it is expected to get into primary feeder's beliefs, feelings and feeding practices in order to deeply understand as much their own attitudes as child's feeding disorder.

Key words: FDIC, primary feeders, socio-familiar context, feelings, beliefs, feeding practices.

ÍNDICE

1. ANTECEDENTES.....	7
2. BIBLIOGRAFÍA MÁIS RELEVANTE	16
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	18
4. OBXECTIVOS	18
4.1. Obxectivo xeral.....	18
4.2. Obxectivos específicos.....	18
5. METODOLOXÍA	19
5.1. Encadre metodolóxico: paradigma e tipo de deseño.....	19
5.2. Estratexia de busca bibliográfica.	20
5.3. Contextualización do investigador.	20
5.4. Poboación, ámbito de estudo e muestreo.....	21
5.5. Criterios de inclusión e exclusión.....	22
5.6. Acceso ao campo, técnicas e estratexia de recollida de datos.	22
5.7. Análise da información.	24
5.8. Rigor e credibilidade da investigación.....	25
6. PLAN DE TRABALLO.....	28
7. CONSIDERACIÓNS ÉTICAS	30
8. APLICABILIDADE.....	31
8.1. Limitacións do proxecto.....	31
9. PLAN DE DIFUSIÓN DE RESULTADOS	33
9.1. Revistas.....	33
9.2. Congresos	33
10. FINANCIACIÓN	34
10.1. Recursos necesarios	34
10.2. Posíbeis fontes de financiación.	35

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
12. ANEXOS	38
Anexo 1. Bases de datos.	38
Anexo 2. Folla de información participante.....	39
Anexo 3. Documento de consentimiento para a participación nun estudo de investigación.	43
Anexo 4. Entrevista semiestructurada.	44

1. ANTECEDENTES

Durante a infancia, son frecuentes os períodos nos que se desenvolve un rexeitamento á comida, sendo os trastornos da alimentación un dos motivos máis asiduos nas consultas dos profesionais sanitarios, chegando incluso a representar o 5% das mesmas.¹

Recoñécese que os trastornos da inxestión alimentaria da infancia ou da nenez (TIAI) constitúen un problema habitual entre poboación pediátrica que afecta a un 25%–45% dos nenos/as con desenvolvemento típico, a un 80% dos nenos/as con retraso cognitivo, a un 26%–90% das discapacidades físicas, un 23%–43% das dificultades de aprendizaxe e a un 10%–49% dos/as nenos/as prematuros/as.^{2,3,4,5,6}

Os infantes con TIAI caracterízanse, de forma xeral, por non consumiren unha cantidade suficiente e/ou variedade de alimentos necesaria para manter un estado nutricional saudábel; feito que, co tempo, pode conducir a condicións médicas que ameazan a vida.^{3,7}

Neste sentido, é preciso contraponer os TIAI –onde existe irregularidade no proceso de inxestión oral de alimentos e líquidos– aos trastornos do comportamento alimentario en adolescentes e adultos (TCA), que se caracterizan polo rexeitamento cara o mantemento dun peso corporal igual ou por riba do valor mínimo establecido polo talle e peso, con alteración da percepción da silueta corporal (Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastorno por Atracón, etc.)^{1,8,9}

Malia a elevada prevalencia, o notábel aumento da incidencia e a gravidade das consecuencias no estado nutricional infantil que provocan os TIAI, os estudos clínicos sobre os TCA continúan a ser moito máis abundantes que os existentes sobre o devandito trastorno infantil.¹ Quizais, esta ausencia da literatura débese a un complexidade tanto terminolóxica como conceptual do mesmo.¹⁰

A terminoloxía anglosaxona distingue entre o acto de “dar de comer/alimentar” (*feeding*), referido á relación entre o que alimenta e o que é alimentado; e o acto de “comer/alimentarse” (*eating*) como a habilidade de inxerir. Non obstante, no español utilízanse numerosos e indeterminados termos para describir os TIAI, tales como “rexeitamento á comida”, “falta de apetito”, “neofobia”, “fobia á comida”, etc.¹⁰

Alén disto, obsérvase un problema relacionado coa propia definición dos TIAI. Os principais manuais de diagnóstico utilizados polos profesionais derivan dun modelo médico no que, cando a proporción peso/talle e o índice de masa corporal son os adecuados, as escalas de desenvolvemento establecidas non describen a patoloxía, independentemente das dificultades alimentarias do/a neno/a.^{8,9,10}

Así, no DSM-IV-TR, este diagnóstico forma parte da categoría dos “Trastornos da Inxestión e da Conducta Alimentaria da Infancia ou a Nenez”, onde se encontra o trastorno da inxestión alimentaria da infancia ou a nenez, os trastornos de pica e o trastorno de rumiación.⁹ Os criterios diagnósticos deste manual pódense observar na figura 1.

Criterios para o diagnóstico do trastorno da inxestión alimentaria da infancia ou a nenez (307.59) (DSM-IV-TR)

- A.** Alteración da alimentación manifestada por unha dificultade persistente para comer adecuadamente, con incapacidade significativa para aumentar de peso ou con perdas significativas de peso durante, polo menos, un mes.
- B.** A alteración non se debe a unha enfermidade gastrointestinal nin a outra enfermidade médica asociada (p. ex., reflujo esofáxico).
- C.** O trastorno non se explica mellor pola presenza doutro trastorno mental (p. ex., trastorno de rumiación) ou pola non dispoñibilidade de alimentos.
- D.** O inicio é anterior aos 6 anos de idade.

Figura 1. Criterios diagnósticos TIAI no DSM-IV-TR.⁹

Porén, cabe destacar que no actual DSM-5 non se pode diferenciar este diagnóstico específico de TIAI.⁸ Dentro do apartado de “Trastornos

alimentarios e da inxestión de alimentos” diferéncianse unicamente a pica, os trastornos por rumiación, os trastornos de evitación/restrición da inxestión de alimentos, a anorexia nerviosa, a bulimia nerviosa, o trastorno por atracón, outros trastornos alimentarios ou da inxestión de alimentos especificado e o trastorno alimentario ou da inxestión de alimentos non especificado.

Malia que ningún diagnóstico coincide exactamente co exposto no DSM-IV-TR, quizais o apartado máis similar a este é o de “trastorno de evitación/restrición da inxestión de alimentos”, mais en ningunha ocasión existe referencia algunha ao período da infancia ou nenez. Os criterios diagnósticos deste trastorno expóñense na figura 2.

Criterios diagnósticos para o trastorno de evitación/restrición da inxestión de alimentos, 307.59 (F50.8)

- A.** Trastorno alimentario ou da inxestión de alimentos (p. ex., falta de interese aparente por comer ou alimentarse; evitación a causa das características organolépticas dos alimentos; preocupación acerca das consecuencias repulsivas da acción de comer) que se pon de manifesto polo fracaso persistente para cumprir as adecuadas necesidades nutritivas e/ou enerxéticas asociadas a un (ou máis) dos feitos seguintes:
1. Perda de peso significativa (ou fracaso para alcanzar o aumento de peso esperado ou crecemento escaso nos nenos).
 2. Deficiencia nutritiva significativa.
 3. Dependencia da alimentación enteral ou de suplementos nutritivos por vía oral.
 4. Interferencia importante no funcionamento psicosocial.
- B.** O trastorno non se explica mellor por falta de alimentos dispoñíbeis ou por unha práctica asociada culturalmente aceptada.
- C.** O trastorno alimentario non se produce exclusivamente no curso da anorexia nerviosa ou a bulimia nerviosa, e non hai probas dun trastorno na forma en que un mesmo experiencia o propio peso ou constitución.
- D.** O trastorno alimentario non se pode atribuír a unha afección médica concorrente ou non se explica mellor por outro trastorno mental. Cando o trastorno alimentario se produce no contexto doutra afección ou trastorno, a gravidade do trastorno

alimentario excede á que soe asociarse á afección ou trastorno e xustifica a atención clínica adicional.

Figura 2. Criterios diagnósticos Trastorno de evitación/restrición da Inxestión de alimentos no DSM-5.⁸

Ambos manuais establecen os seus criterios sobre a existencia dun fallo persistente para a inxestión de alimentos con dificultades significativas para gañar peso, sempre e cando non estea asociado a outros problemas médicos ou trastornos mentais.^{8,9} Porén, ningún destes manuais especifica en que momento, en función da intensidade dos síntomas, se debe realizar o diagnóstico.¹ Asemade disto, o DSM-5 nin sequera clasifica estes problemas en categorías e apartados claramente separados dos TCA.

Malia que os actuais manuais tenden a presentar unha visión reducionista dos TIAI –definíndoos como un conxunto sintomatolóxico que só comprende a entidade do/a neno/a de forma individual– o certo é que o comportamento humano na inxestión de alimento é un proceso complexo.⁴

Este proceso require dunha perfecta integración de varios sistemas biolóxicos e psicolóxicos que interactúan de forma efectiva e sinérxica co entorno ambiental. Así, unha mínima dificultade en calquera destes sistemas pode resultar na formación dos presentes trastornos.³

Por este motivo, son moitos os estudos que destacan a ambigüidade e insuficiencia dos actuais manuais diagnósticos para facer fronte á extensa gama de TIAI cuxa orixe é claramente multifactorial.^{1,2,4,5,11}

A fin de solucionar esta problemática, moitas investigacións sinalan a clasificación de Chatoor como aquela que encaixa de forma máis adecuada coas achegas da práctica clínica.¹² Na figura 3 especificácase detalladamente esta clasificación.

Clasificación TIAI de Chatoor

A. Desorde alimentario do estado de regulación:

1. O infante ten dificultade para alcanzar ou manter o estado de “alerta calmada” para comer. Pode estar tamén demasiado durmido, axitado ou aflixido para alimentarse.
2. As dificultades na Inxestión comezan no período de recentemente nado.
3. O infante non gaña peso ou mostra continuas perdas de peso.

B. *Desorde alimentario da reciprocidade coidador/a-neno/a:*

1. O infante non amosa signos dun desenvolvemento adecuado en torno á reciprocidade social (p. ex.: contacto visual, sorriso, balbuceos) durante a inxestión co coidador principal.
2. O infante amosa unha deficiencia significativa no crecemento.
3. O déficit no crecemento e a falta de relación non son soamente causadas por un trastorno físico ou un trastorno no desenvolvemento.

C. *Anorexia infantil:*

1. O infante amosa un rexeitamento para comer cantidades adecuadas de comida durante, ao menos, un mes.
2. O comezo deste rexeitamento normalmente ocorre durante a transición da culler á autoalimentación. Habitualmente existente entre os 6 meses e os 3 anos.
3. O infante non comunica o seu enfado e falta de interese na comida mais amosa unha forte interese na exploración e la interacción co coidador/a.
4. O infante amosa unha deficiencia significativa no crecemento.
5. O rexeitamento á comida non segue a un evento traumático.
6. O rexeitamento á comida non está causado por outra enfermidade subxacente.

D. *Aversión sensorial:*

1. O infante rexeita comer un tipo ou varios tipos específicos de comidas e/ou texturas, sabores, olores ou aparencias.
2. O rexeitamento comeza durante a introdución dun tipo diferente de comida.
3. O infante come mellor cando se trata da comida que el/ela prefire.
4. O infante debe ter deficiencias nutricionais específicas, un déficit oral motor ou ambas.

E. *Desorde alimentario postraumático:*

1. O rexeitamento á comida vai seguido dun evento traumático ou de repetidos danos no tracto orofarínxeo ou gastrointestinal que desencadean angustia no infante.

2. O rexeitamento constante a comer se manifesta no rexeitamento cara o uso da botella e/ou no rexeitamento cara os alimentos sólidos.
3. Os recordatorios dos eventos traumáticos causan angustia.
4. O rexeitamento dos alimentos expón unha ameaza aguda ou a longo prazo para a nutrición.

F. Desorde alimentario asociado a comorbilidades:

1. O infante inicia facilmente a alimentación mais, no transcurso da alimentación amosa angustia e négase a seguir alimentándose.
2. O infante ten unha condición médica concorrente que se cre que causa a angustia.
3. O tratamento médico mellora as dificultades mais non soluciona por completo os problemas de alimentación.
4. O infante non gaña o peso adecuado ou incluso pode perder peso.

Figura 3. Clasificación TIAI de Chatoor.¹²

Aínda que, na actualidade, esta clasificación de Chatoor é unha das máis complexas e utilizadas na práctica a fin de describir con exactitude a tipoloxía do trastorno; moitos continúan a ser os estudos que afirman que os TIAI emerxen dunha combinación de factores de carácter médico, fisiolóxico, ambiental e **sociofamiliar** que conforman un entramado complexo.^{1,4,5,13,14}

Durante os primeiros anos, moitas das interaccións entre o alimentador principal e o infante –as cales adoitan ser na súa maioría interaccións entre pai/nai e fillo/a– xiran en torno á alimentación debido a que proporcionaren as necesidades nutricionais para o desenvolvemento é vital para a relación temperá paterno/materno-filial. Consecuentemente, calquera dificultade temperá que xorda no vínculo pai/nai-fillo/a pode contribuír a xerar alteracións no desenvolvemento do neno/a, entre as que se poden encontrar os trastornos no patrón da alimentación.^{2,4,11,13}

Así, púidose demostrar que os TIAI están asociados aos problemas nestas relacións paterno/materno-filiais, incluso até o punto de que algúns autores

comprenden a conceptualización do trastorno como un conxunto de factores que inclúen a personalidade, o comportamento dos cuidadores e o contexto xeral.¹¹ Esta visión permite entender a totalidade do mesmo, predicir o seu transcurso e poder elaborar adecuados programas de intervención.

Nesta liña; cabe destacar que, en numerosas investigacións, este proceso recíproco responde ao termo “*feeding relationship*” a fin de salientar a natureza diádica do trastorno e a importancia da relación directa entre pai/nai e fillo/a.¹¹

No desenvolvemento da sintomatoloxía dos TIAI participan un complexo e entramado grupo de factores relacionados coas características do neno, dos pais e da propia interacción dos mesmos.

Entre os factores relacionados co neno destacan o seu temperamento, o seu estado de saúde e a súa experiencia durante o proceso de aprendizaxe.^{1,3} Doutra banda, os principais factores que gardan relación cos pais/nais son as habilidades educativas, o seu estado emocional e de saúde, os seus hábitos alimentarios, o nivel socioeconómico, os coñecementos sobre a alimentación e a relación de parella.^{1,14}

A respecto da interacción paterno/materno-filial destacan dous compoñentes principais: o clima emocional (estilos de alimentación) e as prácticas ou comportamentos específicos de alimentación. As circunstancias que rodeen estes compoñentes van xogar un papel moi contribuínte e impactar nas relacións paterno/materno-filiais, até o punto de chegar a converterse nun contexto de círculos viciosos onde os condicionamentos negativos manteñen os síntomas de TIAI do/a neno/a.^{13,14,15}

Canto ao estilo de alimentación, é preciso pór en destaque que as técnicas controladoras, tales como exercer presión ao/á neno/a para que coma ou restrinxirle a inxestión de alimentos, están asociados coa presentación de maiores problemas no comportamento alimentario. Mentres que a presión

para comer está asociada á redución da preferencia polos alimentos, a restrición aparece conectada cunha maior consumición de produtos restrinxidos.^{2,11,13,14}

Un dos principais factores que inflúe na existencia dun estilo de alimentación ou outro é o estrés.^{1,2,4,7} En moitas ocasións, os pais/nais séntense persoalmente responsábeis do trastorno do seu/súa fillo/a debido a que proporcionar unha nutrición física adecuada é considerado un dos máis básicos cometidos do/a coidador/a.³

En consecuencia, a incapacidade de facelo condúcelles a unha menor autoeficacia, un sentimento de rexeitamento, unha menor autoconfianza e un aumento do estrés.^{2,15}

Porén, a relación entre as actitudes negativas dos pais e os problemas de conducta do neno son bidireccionais, isto é, as actitudes dos nenos/as reflexan as actitudes dos pais/nais e viceversa.^{2,5}

A respecto das prácticas, conductas ou comportamentos da alimentación; moitos estudos poñen en destaque que, debido a que a busca da proximidade é un compoñente central no sistema de apego, unha diminución do contacto paterno/materno-infantil durante a alimentación pode indicar dificultades nesta relación diádica.¹¹

Cando un neno/a responde ao diagnóstico de TIAI é moi frecuente que, durante as interaccións, pai/nai e fillo/a mostren menos contacto xeral e permanezan máis a miúdo fora do alcance dos brazos do outro. Neste sentido, varias investigacións afirman a existencia dunha relación significativa entre a falla de crecemento e a diminución do contacto paterno/materno-infantil.^{2,11,16}

Os/as pais/nais tenden a prestar menos atención á presenza física do/as nenos/a e amosan dificultades para aceptar e manter a proximidade física, chegando incluso a manifestar a necesidade de evitala. Igualmente, existe unha propensión –na maioría das ocasións inconsciente– a situar o/a

nen/a fora do seu alcance, feito que reduce en maior medida as posibilidades de contacto accidental co infante.¹⁶

Alén disto; cabe destacar que, na relación xeral paterno/materno-filial, os/as pais/nais responderon con maior frecuencia ao contacto cun comportamento de rexeitamento, sinalando así a incomodidade nas situacións de intimidade.^{11,16,17}

Pola contra, durante o proceso de alimentación, as conductas dos/as pais/nais eran máis intrusivas e consistían nun control frecuente e un contacto enérxico, evitando todo tipo de contacto afectivo e propioceptivo.²

Ante esta situación, o/a neno/a acaba por involucrarse no comportamento de oposición, rexeita a comida e, con frecuencia, separa á nai durante a alimentación.² Desta maneira; afírmase que, ao igual que sucede cos sentimentos e actitudes, existe unha correlación entre os patróns específicos de proximidade e tacto dos/as pais/nais e os patróns de proximidade e tacto dos/as fillos/as, e viceversa.^{11,17}

Para finalizarmos; unha vez revisada a literatura existente acerca dos TIAI, o clima emocional e as conductas específicas de alimentación presentes no contexto alimentador-infante; expónse o presente proxecto de investigación a fin de penetrar nas crenzas, sentimentos e prácticas alimenticias do alimentador principal e así comprender de forma máis profunda tanto as súas propias actitudes como o trastorno alimentario do neno/a.

2. BIBLIOGRAFÍA MÁIS RELEVANTE

A fin da realización do presente proxecto consideráronse como estudos máis relevantes:

- Liñán L, Díaz M. M, Zúñiga L. Análisis del trastorno alimentario infantil. En: Martos A, Gázquez J.J, Molero M.M, Pérez-Fuentes M.C, Simón M.M, Barragán A. B. Perspectivas y Análisis de la Salud. España: ASUNIVEP; 2016. 25-29.

Este libro permitiu unha aproximación á realidade actual española do trastorno; aportando datos concisos acerca da súa clasificación, diagnóstico, avaliación e tratamento. Asemade, é un dos primeiros estudos que inclúen o termo español “Trastornos da Inxestión Alimentaria na Infancia” e a súa abreviación “TIAI”, feito que contribúe a un mellor acoutamento e concreción do trastorno.

- Martin C, Dovey T, Arcelus J. Feeding disorders of infancy of early childhood: A review. Rev Mex Trastor Aliment. 2012; 3:89-98.

A presente revisión fai referencia ás principais dificultades de identificación dos devanditos problemas na práctica clínica, engadindo datos acerca dos termos empregados para a súa descrición, diversidade de prevalencia, conflitos para a clasificación... Consecuentemente, esta revisión permitiu ao equipo investigador coñecer de forma máis ampla tanto o propio trastorno como as principais contrariedades encontradas no ámbito clínico e investigador.

- Hobart W, Berlin K, Sato A, Fischer E, Arvedson C. Reconceptualizing feeding and feeding disorders in interpersonal context: the case of a relational disorder. J Fam Psychol. 2006; 20(3):409-17.

Por último, ponse en destaque este artigo porque, despois de analizar os distintos sistemas de clasificación empregados ao longo dos anos, propón unha nova conceptualización dos TIAI. Nesta conceptualización, engádese

máis énfase á relación entre aos factores sociais/familiares e a alimentación, aportando unha nova realidade do trastorno menos reducionista. É precisamente nesta liña investigadora onde tería cabida a temática do presente proxecto de investigación.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Que sentimentos e conductas caracterizan a relación entre o alimentador principal e o/a neno/a no transcurso dun trastorno da inxestión alimentaria na infancia?

4. OBXECTIVOS

4.1. Obxectivo xeral.

Coñecer as crenzas, sentimentos e prácticas alimenticias do alimentador principal a fin de comprender de forma máis profunda tanto as súas propias actitudes como o trastorno alimentario do/a neno/a

4.2. Obxectivos específicos.

- Explorar cales son os sentimentos e emocións que o alimentador principal manifesta acerca da súa propia relación co/a neno/a.
- Coñecer as crenzas que o/a alimentador principal ten acerca do trastorno do/a neno/a.
- Describir as emocións que o alimentador principal experimenta no momento específico da alimentación do/a neno/a.
- Identificar as accións que o alimentador principal realiza antes do momento da alimentación a fin de asegurarse de que o/a neno/a se nutre correctamente.
- Identificar as accións que o alimentador principal realiza para interactuar co neno/a durante o momento da alimentación.

5. METODOLOXÍA

O enfoque dende o que se aborda o presente estudo é o da investigación cualitativa. Dende esta perspectiva estudaranse os fenómenos no seu contexto natural, intentando encontrar o sentido ou a interpretación dos mesmos a partir dos significados que as persoas lles conceden. Neste sentido, o obxecto principal deste traballo non é a constatación empírica dos feitos, senón o entendemento do mundo complexo e a experiencia vivencial dende o punto de vista dos que a experimentan.¹⁸

5.1. Encadre metodolóxico: paradigma e tipo de deseño.

O presente estudo seguirá o paradigma interpretativo. Máis concretamente, o deseño metodolóxico a seguir é a fenomenoloxía hermenéutica ou interpretativa, dende a cal se procura o entendemento da conducta humana dende a perspectiva e o marco referencial do propio suxeito a fin de coñecer os significados que os individuos dan á súa experiencia.¹⁹

Neste sentido, a fenomenoloxía –corrente filosófica impulsada por Edmund Husserl– considera que o importante é aprehender o proceso de interpretación polo que as persoas definen o seu mundo e actúan en consecuencia, intentando analizar a realidade dende o seu punto de vista, describindo, comprendendo e interpretando.²⁰

A xustificación de empregar esta metodoloxía baséase no feito de que a intención principal deste estudo é alcanzar o entendemento dos pais/nais dos nenos/as con TIAI, podendo así realizar unha aproximación á comprensión global do devandito trastorno. A través da análise do discurso –e confiando na súa intuición e sinceridade– o investigador debe aprehender a experiencia dos participantes e comprender as súas reaccións ante a exposición dos seus sentimentos e descrición das súas propias actitudes e conductas.¹⁸

5.2. Estratexia de busca bibliográfica.

A busca bibliográfica realizouse nos meses de febreiro e marzo do ano 2018 en diferentes bases de datos nacionais e internacionais tanto de ámbito sanitario coma multidisciplinar. Os descritores utilizados, xunto cos límites e resultados obtidos pódense consultar no anexo 1.

5.3. Contextualización do investigador.

A investigadora é graduada en logopedia e alumna do Mestrado en Asistencia e Investigación Sanitaria, pertencente á Universidade de A Coruña. Ao longo da súa formación práctica nas estancias clínicas e a breve experiencia desempeñada como profesional nunha asociación de todo tipo de discapacidades, encontrouse en numerosas ocasións con problemáticas relacionadas coa alimentación.

Malia que un logopeda trata problemas na inxestión alimentaria que están normalmente relacionados cunha deficiencia nas habilidades motoras orais, o certo é que se observaron numerosas dificultades comportamentais que provocaban certa resistencia ao tratamento, interferindo así de forma significativa no progreso da terapia.²¹

Asemade, grazas a que na terapia alimentaria participaban os pais/nais que se encargaban de alimentar ao seu/súa fillo/a, o terapeuta detectou numerosas conductas inadecuadas que incluso aumentaban as dificultades alimentarias do/a neno/a.

Esta realidade, que en certa maneira implicaba a todos os profesionais do centro, aumentou as ganas de levar a cabo este traballo e profundar máis no referente á vivencia que experimentan os pais/nas dos nenos/as con TIAI. Neste senso, xustifícase a labor da logopedia no ámbito da comprensión e comunicación dos seus sentimentos e pensamentos en torno ás súas necesidades, xunto coa modificación das conductas inapropiadas que poden estar afectando ao transcurso do TIAI do/a neno/a.

A aproximación ás vivencias dos participantes realizarase dende unha posición de neutralidade, respectando o seu discurso e sen emitir xuízos de valor. Levaranse a cabo preguntas tanto abertas como directas, permitindo así que as respostas sexan dende a súa propia perspectiva mais que nos permitan acadar de forma precisa a información necesaria. Porén, a recollida de datos efectuarase sen deixar entrever ningunha mostra de xuízo das súas palabras ou feitos, tanto a través da linguaxe verbal coma non verbal.

Doutra banda, malia que a investigadora coñece en profundidade os TIAI en termos de desenvolvemento motor do aparato bucofonador, considérase que o escaso contacto directo co ámbito das crenzas, sentimentos e conductas é en si mesma unha vantaxe. Consecuentemente, este feito permite a interpretación dos relatos dos participantes dende unha posición ecuánime, aumentando así a naturalidade e a veracidade do estudo.

Da mesma maneira, deberase entender aos pais e as nais dende a percepción da súa propia realidade, mantendo a postura aberta e a reflexión como puntos clave nos procesos de recollida e análise de datos.

5.4. Poboación, ámbito de estudo e muestreo.

A poboación de estudo se corresponde cos alimentadores principais dos nenos/as diagnosticados de TIAI que acudan a revisión de saúde nas consultas de pediatría de primaria do SERGAS na comarca da Coruña.

O muestreo será non probabilístico, intencional e teórico; utilizando como estratexia a máxima variación (busca das diversas variacións discursivas do fenómeno identificando os patróns comúns máis importantes). Asemade, realizarase en torno a aquelas unidades e dimensións que garantan mellor a cantidade (saturación) e a calidade (riqueza) da información.

A previsión inicial de muestreo é de 20 familias. Non obstante, este número poderase alterar segundo as necesidades de mellora de calidade e riqueza da información até alcanzar a saturación pola cantidade de información recollida.

5.5. Criterios de inclusión e exclusión.

Criterios de inclusión:

- Alimentador/a principal de nenos/as diagnosticados de TIAI que acudan a revisión de saúde nas consultas de pediatría de primaria do SERGAS na comarca da Coruña durante o período de estudo.

Criterios de exclusión:

- Alimentador/a principal de nenos/as diagnosticados de TIAI que, a maiores, presenten outro trastorno físico, mental ou enfermidade fisiolóxica.
- Participantes que falen un idioma distinto ao castelán ou galego.
- Participantes que non firmaran o consentimento informado.

5.6. Acceso ao campo, técnicas e estratexia de recollida de datos.

O acceso ao campo realizarase a través dos pediatras de primaria que atendan en consulta. Eles/as serán os que presenten a proposta aos diferentes participantes que cumpran os criterios de selección e lles proporcionen a folla de información participante (ver anexo 2).

Posteriormente, todas aquelas familias que estean interesadas serán convocadas a unha reunión que se realizará nun dos PAC a determinar da comarca da Coruña. Alí, o investigador informará aos posíbeis participantes sobre o estudo, os seus obxectivos, a metodoloxía a seguir para a

recolección de datos e entregaralles os consentimentos informados (ver anexo 3).

Os datos do estudo serán recollidos a través dunha entrevista semiestructurada cuxo guión se presenta no anexo 4. Este guión será flexíbel e refinarase a medida que se vaian realizando as entrevistas. As preguntas expostas serven como referencia a fin de indagar nos temas; así, non determinarán a orde específica, senón que axudará a evitar que algún tema sexa esquecido durante a conversación.

As entrevistas serán gravadas unicamente en formato son, sendo estas realizadas nun lugar proposto polos propios informantes a fin de crear rapport e proporcionarlles a máxima comodidade e seguridade.

A entrevista semiestructurada permitirá a recollida de información de datos a través de cinco preguntas abertas que se corresponden cos cinco obxectivos principais do traballo. O emprego destas preguntas fomentará que os suxeitos teñan a oportunidade de falar libremente, sendo así posíbel coñecer as perspectivas e interpretacións do alimentador/a principal dun neno/a con TIAI.

Asemade, realizaranse varias preguntas específicas en torno a cada pregunta aberta a fin de acadar un coñecemento máis profundo do tema. Preguntarase a cada participante acerca da súa relación paterno/materno-filial e acerca dos seus sentimentos, crenzas e conductas antes e durante o momento da alimentación.

Ao longo das respostas non se realizarán interrupcións e escoitarase de forma empática e activa; porén, o investigador poderá xerar novas preguntas se considera que as contestacións non foron completamente desenvoltas ou claras. Desta forma, poderase obter información dunha maneira aberta mais directa acerca das percepcións, sentimentos, experiencias, actitudes, coñecementos... dos participantes.

É igualmente importante destacar que, durante a entrevista, tratarase de encontrar o realmente significativo tendo en conta tanto o a linguaxe verbal como a non verbal.

A duración aproximada da entrevista será dunha hora, variábel en función das circunstancias de cada participante.

5.7. Análise da información.

En primeiro lugar, cada unha das entrevistas será transcrita de maneira exhausta e rigurosa; porén, refinarase calquera información que poña en perigo o anonimato e a confidencialidade dos informantes. Unha vez realizado este procedemento, a investigadora analizará toda a información.

Esta análise dos datos cualitativos realizarase en torno a tres grandes tarefas admitidas na literatura contemporánea, máis concretamente, aquelas propostas por Rodríguez, Lorenzo e Herrera:²²

1. Redución de datos.
2. Disposición e transformación dos datos.
3. Obtención de resultados e verificación de conclusións.

Os procesos de categorización e codificación son as decisións máis inmediatas no proceso xeral de **redución de datos**. En primeiro lugar; separaranse as unidades de contido segundo criterios temáticos para, posteriormente, identificar e clasificar os elementos, feito que acarrea unha categorización e codificación dos mesmos.

Neste senso, unha vez separadas as unidades de análise, clasificaranse conceptualmente as unidades e asignaráselles a cada unha de elas un indicativo (código) propio da categoría na que se considerará incluída.

O devandito proceso de categorización elaborárase segundo un proceso indutivo, a través do cal o investigador elaborará as categorías a partir da lectura e exame do material recompilado. Así, a investigadora poderá mostrar maior sensibilidade ao contexto.

A continuación, procederáse á síntese e agrupamento dos elementos anteriores.

A respecto da tarefa de **disposición e agrupamento**, elaboraranse gráficos a fin de presentar dos datos obtidos, advertir as súas relacións e descubrir a súa estrutura profunda.

O último proceso, a **obtención de resultados e verificación de conclusións**, dividirase á súa vez en tres partes: o proceso para obter resultados, o proceso para alcanzar conclusións e a verificacións de conclusións.

Para obter resultados, utilizarase a descrición e interpretación, reconto e concorrencia de códigos, comparación e contextualización. Mentres que para alcanzar conclusións, levarase a cabo a consolidación teórica, o uso de metáforas e analoxías e a síntese cos resultados doutros investigadores. A continuación, o proceso de verificación de conclusións e estimación dos criterios de calidade describirase no apartado seguinte.

A fin de facilitar a presente análise empregárase o soporte *Atlas-ti versión 7*, o cal axudará a manexar os datos recollidos.

5.8. Rigor e credibilidade da investigación.

Como afirman Lincoln e Guba²³, en contraste cos criterios tradicionais de validez utilizados dende a metodoloxía cuantitativa, os criterios a ter en conta no presente estudo serán os de consistencia, credibilidade, confirmabilidade e transferibilidade.

A **consistencia** ou dependencia expresa a estabilidade e replicabilidade dos datos, isto é, expresa o grao en que diferentes investigadores que recollan datos similares no campo e efectúen as mesmas análises, xeren resultados equivalentes. As principais estratexias empregadas a fin de garantir a consistencia do estudo son:

- *Estabelecemento de pistas de revisión.* Isto supón a descrición detallada do proceso de recollida de datos, de selección de informantes, o papel desempeñado polo investigador, a análise de datos, etc. Esta estratexia permitirá comprobar a estabilidade dos resultados en momentos diferentes e dados por outros investigadores, isto é, unha triangulación dos investigadores e da recollida e análise de datos.
- *Auditoría de dependencia.* Elaborarase un control de calidade externo para avaliar en que medida as precaucións tomadas polo investigador son adecuadas, asegurándose así de que a realidade que o investigador “reconstrúe” é fiel á que os participantes ofreceron como propia. Esta auditoría será realizada por calquera outro profesional que teña coñecementos sobre asuntos de alimentación e actividade investigadora recente ou, simplemente, entendemento sobre a mesma. Unha auditoría externa válida sería un pediatra de primaria con coñecementos en investigación, rexeitando das posíbeis opcións de auditoría ao propio pediatra dos fillos/as dos informantes, a fin de eliminar calquera sesgo ou interese alleo ao do proxecto.

A **credibilidade** expresa o grao no que os resultados reflexan a situación actual do fenómeno social estudado. Refírese a como os resultados dunha investigación son verdadeiros para as persoas que foron estudadas e para outras persoas que experimentaron ou estado en contacto co fenómeno investigado, polo que indica o valor de veracidade dos resultados. As principais estratexias empregadas a fin de garantir a credibilidade do estudo son:

- *Comprobacións dos participantes.* Elaborarase un contraste sistemático da información cos axentes e audiencias colaboradoras.
- *Recollida de material de adecuación referencial.* Realizaranse gravacións en audio que permitan un contraste posterior da información.

- *Triangulación.* Contrastaranse as observacións dende diferentes perspectivas de tempos, espazos, teorías datos, fontes e disciplinas, así como de investigadores e métodos.
- *Comentario de pares.* As observacións e interpretacións serán sometidas a xuízo crítico da auditoría externa explicada anteriormente.

A **auditabilidade** ou **confirmabilidade** do estudo indica a neutralidade do investigador. A auditabilidade trátase da habilidade doutro investigador para seguir a pista de que o investigador orixinal realizou. Para que isto sexa posíbel é necesario exhaustivo dos datos, decisións e ideas que formaran parte do estudo, de maneira que se un investigador secundario examina estes datos e ten unha perspectiva similar poda chegar a conclusións iguais ou similares ás do investigador orixinal. As principais estratexias empregadas a fin de garantir a confirmabilidade do estudo son:

- *Auditoría de confirmabilidade.* Consiste na comprobación, por parte do axente externo anteriormente descrito, da correspondencia entre os datos e as interpretacións levadas a cabo polo investigador.
- *Descritores de baixo nivel de inferencia.* Son rexistros o máis fieis posíbeis á realidade de onde foron obtidos os datos (transcritores textuais, citas, referencias directas...)
- *Exercicio de reflexión.* Consiste facer explícitos os supostos epistemolóxicos que permiten ao investigador formular as súas interpretacións.

Por último, a **transferibilidade** ou **aplicabilidade** é entendida como a posibilidade de estender os resultados do estudo a outras poboacións, polo que o grao de transferibilidade depende directamente da similitude entre contextos. As principais estratexias empregadas a fin de garantir a transferibilidade do estudo son:

- *Muestreo teórico.* Esta estratexia permitirá maximizar a cantidade de información recollida á hora de documentar feitos e situacións que

permitan unha posterior comparación de escenarios respecto ao común e ao específico, consistente nun muestreo non probabilístico.

- *Descrición en profundidade.* Descricións exhaustivas e minuciosas do contexto, con idea de facelas extensivas e xeneralizábeis a outros lugares.
- *Ampla recollida de información.* A diversificación da información recollida permitirá unha máis fácil comparación entre distintos escenarios.

6. PLAN DE TRABALLO

O proxecto terá unha duración aproximada de 20 meses, comezando en xaneiro do 2019 e rematando en agosto do 2020.

As tarefas realizaranse en catro fases principais:

- Fase I: entrada ao campo.
- Fase II: recollida de datos.
- Fase III: análise de datos.
- Fase IV: peche.

A distribución e duración de cada unha das tarefas a realizar exprésase na táboa I. Porén, os períodos de tempo indicados poderán estar suxeitos a variacións segundo as necesidades que xurdan ao longo da realización do proxecto.

Táboa 1. Cronograma do plan de traballo. Elaboración propia.

Fases	Accións	Ano																		
		2019									2020									
		Mes																		
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	
Fase I	Revisión bibliográfica																			
	Solicitud de permisos CEIG	■																		
	Contacto coas consultas de pediatría		■	■	■	■	■	■												
	Reunión no PAC coas familias							■												
	Entrega e recollida de consentimentos aos participantes							■												
Fase II	Realización das entrevistas aos participantes								■	■	■									
Fase III	Transcrición das entrevistas								■	■	■	■	■							
	Análise do material recollido											■	■	■	■	■				
	Comprobación do rigor do estudo														■	■				
Fase IV	Elaboración do informe																■			
	Presentación do traballo en revistas e congresos																	■	■	■

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En primeiro lugar, solicitaranse autorizacións ao Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia, adxuntando unha copia do proxecto de investigación.

En base a estes criterios, elaboraranse as follas de información e de consentimento informado previamente sinaladas.

Asemade, a totalidade do proceso de investigación realizarase respectando os principios da Declaración de Helsinki (1964) e do Pacto de Oviedo; onde se recoñecen as normas éticas para protexer a saúde e os dereitos individuais dos seres humanos.

Do mesmo modo, a información obtida a través dos participantes deste estudo será manexada actuando segundo os marcos legislativos actuais:

- ✓ Lei 41/2002, de 14 de novembro, básica e reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigas en materia de información e documentación.
- ✓ Lei Orgánica 15/1990 do 13 de decembro de Protección de datos de carácter persoal, que garante e protexe, no que respecta ao tratamento dos datos persoais e as liberdades públicas e os dereitos fundamentais das persoas físicas e especialmente de honra ao seu estudo de investigación.
- ✓ Lei Galega 3/2001, do 28 de maio, reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes.

Da mesma forma, garántese a anonimización dos datos persoais a través da transcripción e codificación das entrevistas. Unha vez transcritos e anonimizados os datos, os devanditos documentos serán destruídos.

8. APLICABILIDADE

O desenvolvemento deste proxecto permitirá coñecer as crenzas, sentimentos e prácticas alimenticias dos pais e nais dos nenos/as con TIAI. Neste senso, a devandita información resultará relevante tanto a nivel teórico como práctico.

Dunha banda, a realización da investigación axudará a expandir e a xeneralizar o uso do termo “TIAI” na literatura científica española, alén de comprender mellor o propio trastorno.

Así, amosarase a importancia que o factor ambiental pode ter neste tipo de dificultades alimenticias e apoiarase unha nova visión do trastorno onde se proporcione unha perspectiva máis global do mesmo. En consecuencia, provocarase a apertura de debate científico e crítico dentro do ámbito profesional da alimentación.

Doutra banda, coñecer as actitudes dos pais/nais e os sentimentos dos que estas derivan mellorará a práctica clínica, contribuíndo a un tratamento máis eficaz dos TIAI. Unha parte fundamental da terapia destes trastornos consiste no adestramento conductual do alimentador/a principal, desta maneira, levar a cabo unha intervención sobre as súas conductas sen comprender o verdadeiro armazón emocional non sería nin vigoroso nin realmente factíbel.

Finalmente, considérase de gran importancia continuar con este liña de investigación, tanto para coñecer máis profundamente a natureza do trastorno como para secundar a importancia dos aspectos psicolóxicos na asistencia sanitaria, amosando a necesidade dunha visión holística da mesma.

8.1. Limitacións do proxecto

Esta investigación podería reforzarse mediante a mellora dalgúns elementos.

En primeiro lugar, é preciso destacar a falta de literatura científica previa sobre o tema, especialmente en español. Neste sentido, sinálase a dificultade para sentar as bases e comprender o problema de investigación. A diversidade terminolóxica e conceptual do trastorno –existindo incluso conflitos na súa identificación e definición nos principais manuais de diagnóstico (como o DSM)– obstaculizan a verdadeira delimitación do mesmo.

Consecuentemente, estas contrariedades diagnósticas poderían chegar a entorpecer a selección da mostra, podendo ficar excluídos candidatos que cumprirían perfectamente os criterios de inclusión mais non recibiron o diagnóstico de TIAI por unha dificultade de determinación do mesmo.

Doutra banda, póñense en destaque as limitacións relacionadas coa propia natureza da recollida de datos. As entrevistas poderían recoller os denominados datos auto-informados, onde teñen lugar certos sesgos como: a memoria selectiva (recordar ou non determinadas experiencias ou eventos), o efecto “telescopio” (tendencia a situar os recordos incorrectamente no tempo), a atribución (acto de atribuír eventos positivos e resultados á propia persoa, mais atribuír eventos negativos e resultados a forzas externas), a esaxeración (acto de representar resultados ou embelecer eventos como máis significativos do que realmente foron).²⁴

9. PLAN DE DIFUSIÓN DE RESULTADOS

Tras a obtención dos resultados e conclusións deste estudo tratarase de difundir os mesmos en diversas revistas científicas e congresos nacionais e internacionais que teñan relación co ámbito da pediatría, nutrición, alimentación, psicoloxía e/ou logopedia. Entre elas destacan:

9.1. Revistas

- Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition; revista americana dedicada á área da medicina (gastroenteroloxía e pediatría). Factor de impacto no 2017: 1.376 (Q1).
- Anales de Pediatría, revista española dedicada á área da medicina (pediatría, perinatoloxía e saúde infantil). Factor de impacto no 2017: 0.277 (Q3).
- Journal of Pediatric Psychology, revista británica dedicada ás áreas da medicina (pediatría, perinatoloxía e saúde infantil) e a psicoloxía (psicoloxía do desenvolvemento e da educación). Factor de impacto no 2017: 1.485 (Q1).
- Psicothema, revista española regulada polo Colexio Profesional de Psicólogos dedicada á psicoloxía (misceláneo). Factor de impacto no 2017: 0.596 (Q2).
- Revista de Logopedia, Foniatría e Audioloxía; revista española regulada pola Asociación Española de Logopedia, Foniatría e Audioloxía dedicada ás áreas da logopedia e da enfermaría. Factor de impacto no 2017: 0.153 (Q3).
- Journal of Speech, Language and Hearing Research; revista americana regulada pola ASHA dedicada ás áreas da logopedia, medicina e lingüística. Factor de impacto no 2017: 1.001 (Q1).

9.2. Congresos

- World Congress of Pediatric, Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. Copenague, 2020.
- 32nd International Congress of Psychology. Praga, 2020.

10. FINANCIACIÓN

10.1. Recursos necesarios

Na táboa 2 detallaranse os recursos necesarios para a realización do presente proxecto.

Táboa 2. Desglose coste estimado. Elaboración propia.

Concepto	Recursos		Coste
Infraestrutura necesaria	Proporcionada polos suxeitos da investigación, a fin de mellorar a súa comodidade		Sen coste
Recursos humanos	Persoal investigador principal		2050,75€ (mensual+seguridade social incluída) x 20 meses
	Auditoría externa		1400,5€ (mensual+seguridade social incluída) x 2 meses
Material electrónico	Ordenador portátil		580€
	Gravadora dixital		50€
	Impresora		150€
Material inventariable e funxible	Papeis e fotocopias		70€
	Material de oficina		30€
	Tóner impresora		60€
Viaxes e dietas	Proxecto	Desprazamentos ida+volta	500€
		Dietas	300€
	Difusión de resultados	Desprazamentos ida+volta	1000€
		Dietas	500€
Difusión de resultados	Tradución do artigo		500€
	Inscricións a congresos		2000€
Total			49.556€

10.2. Posíbeis fontes de financiación.

Fontes públicas de financiación:

- *Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade: Plan Galicia Innova 2020.* É o principal marco instrumental para articular a política de I+D+i galega até o 2020, en liña cos obxectivos da Estratexia de Especialización Intelixente de Galicia 2014-2020 (RIS3).
- *Axudas a Proxectos de Investigación en Saúde, Instituto de Saúde Carlos III.* Teñen como obxectivos principais fomentar a saúde e o benestar da cidadanía, así como desenvolver os aspectos preventivos, diagnósticos, curativos, rehabilitadores e paliativos da enfermidade.

Fontes privadas de financiación:

- *XV Convocatoria para a adxudicación de Axudas a Proxectos de Investigación en saúde 2018, Fundación Mutua Madrileña.* Estas axudas pretenden fomentar a investigación científica, permitindo o acceso aos profesionais do ámbito da medicina e da saúde.
- *Ayudas a la investigación biomédica 2018, Fundación Eugenio Rodríguez Pascual.* Estas subvencións a equipos de investigación biomédica terán especial consideración proxectos que amosen unha clara aplicabilidade.
- *I Convocatoria Ayuda Fundación Merck de Investigación en Resultados de Salud, Fundación Merck.* Encárgase de financiar proxectos levados a cabo en España relacionados coa área sanitaria.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Liñán L, Díaz M. M, Zúñiga L. Análisis del trastorno alimentario infantil. En: Martos A, Gázquez J.J, Molero M.M, Pérez-Fuentes M.C, Simón M.M, Barragán A. B. Perspectivas y Análisis de la Salud. España: ASUNIVEP; 2016. 25-29.
2. Didehbani N, Kelly K, Austin L, Wiechmann A. Role of parental stress on pediatric feeding disorders. *J Child Health Care*. 2011; 48:85-100.
3. Greer A, Gulotta C, Masler E, Laud R. Stress and outcomes of children with pediatric feeding treated in an intensive interdisciplinary program. *J Pediatr Psychol*. 2008; 33(6):612-620.
4. Hobart W, Berlin K, Sato A, Fischer E, Arvedson C. Reconceptualizing feeding and feeding disorders in interpersonal context: the case of a relational disorder. *J Fam Psychol*. 2006; 20(3):409-17.
5. Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe R, Walsh T. Feeding and Eating Disorders in Childhood. *Int J Eat Disord*. 2010; 43:98-111.
6. Bernard-Bonnin A. Feeding problems of infants and toddlers. *Can Fam Physician*. 2006; 52:1247-51.
7. De la Osa N, Barraza R, Ezpeleta L. The influence of parenting practices on feeding problems in preschoolers. *Acción Psicológica*. 2015; 12(2):143-154.
8. American Psychiatric Association. DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014.
9. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 2001.
10. Martin C, Dovey T, Arcelus J. Feeding disorders of infancy of early childhood: A review. *Rev Mex Trastor Aliment*. 2012; 3:89-98.
11. Feldman R, Keren M, Gross-Rozval O, Tyano S. Mother-child touch patterns in infant feeding disorders: relation o maternal, child and enviromental factors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004; 43:9.

12. Chatoor I. Feeding and other disorders of infancy or early childhood. En: Tasman A, Kay J, Lieberman JA, eds. *Psychiatry Second Edition*. New York: John Wiley & Sons; 2003, 799-818.
13. Black M, Creed-Kanashiro H. ¿Cómo alimentar a los niños? La práctica de conductas alimentarias saludables desde la infancia. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2012;29(3):373-8.
14. Scaglioni S, Salvioni M, Galimberti C. Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. *Br J Nutr*. 2008; Suppl. 1:S22-25.
15. Savage J, Orlet J, Birch L. Parental influence on eating behavior. *J Law Med Ethics*. 2017;35(1):22-34.
16. Bravo P, Hodgson M.I. Trastornos alimentarios del lactante y preescolar. *Rev Chil Pediatr*. 2011; 82(2):87-92.
17. Macias A, Gordillo L.G., Camacho E.J. Eating habits in school-age children and the health education paper. *Rev Chil Nutr*. 2012;39(3):40-3.
18. Salgado Lévano AC. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*. 2007;13(3):71-78.
19. Taylor S, Bodgan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós; 1990.
20. Manen M. *Investigación educativa y experiencia vivida*. Barcelona: Idea Books; 2003.
21. Linscheid T. Behavioral treatments for pediatric feeding disorders. *Behaviour modification*. 2006; 30(1):6-23.
22. Rodríguez Sabiote C, Lorenzo Quiles O, Herrera Torres L. Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. *SOCIOTAM*. 2005;15(2):133-154.
23. Lincoln Y, Guba E. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage; 1985.
24. Price JH, Murnan J. Research Limitations and the Necessity of Reporting Them. *Am J Health Educ*. 2004; 35: 66-67.

12. ANEXOS

Anexo 1. Bases de datos.

Medline

“(feeding disorders[MeSH Terms]) AND ((parents[Title]) OR family[Title]) AND children[MeSH Terms]”

Limit to: 2008-2018

Medline proporcionou 7 resultados.

Web of Science

TI="feeding disorder" AND TS=(parents OR family)

Limit to: 2008-2018. Article AND report.

Web of Science proporcionou 7 resultados.

Scopus

TITLE ("feeding disorders") AND TITLE-ABS-KEY (family OR parents)

Limit to: 2008-2018. Article AND review. English.

Scopus proporcionou 27 resultados.

Dialnet

“trastornos de la ingesta alimentaria”

Limit to: 2008-2018. Artigo de revista.

Dialnet proporcionou 4 resultados.

Anexo 2. Folla de información participante.

TÍTULO: Os trastornos da inxestión alimentaria da infancia ou da nenez dende a perspectiva do alimentador principal.

INVESTIGADOR:

Lucía Picón Pazos, alumna do Mestrado en Asistencia e Investigación Sanitaria pola Universidade de A Coruña.

Este documento ten por obxecto ofrecerlle información sobre un estudo de investigación no que se lle invita a participar. Este estudo será realizado en colaboración coa Universidade de A Coruña.

Se vostede decide colaborar no mesmo, debe recibir información personalizada do investigador, ler antes este documento e facer todas as preguntas que considere necesarias para comprender os detalles sobre o mesmo. Se así o desexa, pode levar este documento, consultalo con outras persoas e tomarse o tempo necesario para decidir se participar ou non.

A participación neste estudo é completamente voluntaria. Vostede pode decidir non participar ou, se acepta facelo, mudar de parecer retirando o consentimento en calquera momento sen obriga de dar explicacións.

Cal é o propósito do estudo?

O obxecto xeral do presente estudo é coñecer as crenzas, sentimentos e prácticas alimenticias dos pais e nais a fin de comprender de forma máis profunda tanto as súas propias actitudes como o trastorno alimentario do seu/súa fillo/a.

Por que me ofrecen participar a min?

A selección das persoas invitadas a participar depende duns criterios que están descritos no propio protocolo de investigación. Estes criterios serven para seleccionar a poboación na que se responderá o interrogante da

investigación. Vostede está invitado a participar porque cumpre eses criterios.

En que consiste a miña participación?

A súa participación consistirá en manter unha entrevista co investigador na cal se tratará o tema de estudo.

Toda persoa que decida participar na investigación simplemente deberá contestar ás preguntas da investigación coa maior sinceridade posíbel para que os datos recollidos sexan realistas.

A participación terá un duración estimada dunha hora. Porén, o investigador pode decidir rematar o estudo antes do previsto ou suspender a participación para a aparición de nova información pertinente por razóns de seguridade ou por non cumprir cos procedementos do estudo.

Que riscos ou inconvenientes ten?

O estudo non presenta ningún risco xa que non se utilizan procedementos invasivos. Non obstante, os inconvenientes que poda presentar este estudo consisten en que os pais/nais se sintan incómodos xa que as preguntas que se lles realizan indagan en aspectos demasiado persoas e que eles non queren contar. Por este motivo, é imprescindible recordar que o participante pode abandonar libremente a investigación cando queira, sen ter que dar ningún motivo de xustificación.

Obtereire algún beneficio por participar?

Non se espera que vostede obteña ningún beneficio directo por participar no estudo. A investigación pretende descubrir aspectos descoñecidos ou pouco claros sobre os trastornos da Inxestión alimentaria da infancia e da nenez. Porén, nun futuro, é posíbel que estes achados sexan útiles para entender mellor o problema e tal vez podería beneficiar á xente coma vostede.

Recibireire a información que se obteña do estudo?

Se vostede o desexa, facilitarase un resumo dos resultados do estudo. No caso de que non se comprendese ou se quixese ampliar a información, podería concretarse unha cita co investigador para as necesarias aclaracións.

Publicaranse os resultados deste estudo?

Os resultados deste estudo serán remitidos a publicacións científicas para a súa difusión, mais non se transmitirá ningún dato que poda leva á identificación dos participantes.

Como se protexerá a confidencialidade dos meus datos?

O tratamento, comunicación e cesión dos seus datos realizarase conforma ao disposto pola Lei Orgánica 15/1999, de 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal. En todo momento, vostede poderá acceder aos seus datos, corrixilos ou cancelalos.

Só o equipo investigador, os representantes do promotor e as autoridades sanitarias, que deberán manter a confidencialidade, terán acceso a todos os datos recollidos polo estudo. Se algunha información é transmitida a outros países, haberá un nivel equivalente de protección de datos, polo menos, como o exige o regulamento do noso país.

Que ocorrerá coas gravacións en son?

As entrevistas serán gravadas en son e a posteriori transcritas e anonimizadas, gardando a súa confidencialidade. Mentres dure o estudo, a información recollida coas gravacións en son será codificada por se se expón a posibilidade de contactar para obter novos datos considerados importantes para o estudo ou para matizar en algúns aspectos tratados anteriormente. O responsábel da custodia das gravacións en son será o investigador que as obtivo, quen as almacenará polo tempo necesario para completar o estudo. Finalmente, destruíranse unha vez que sexan transcritos e analizados todos os datos.

Existen intereses económicos neste estudo?

Non procede neste tipo de estudo. O investigador non recibirá retribución específica pola dedicación ao estudo e vostede non será retribuído por participar.

Quen me pode dar máis información?

Pode contactar con Lucía Picón Pazos por correo electrónico en lucia.picon.pazos@udc.es para máis información.

Moitas grazas pola súa colaboración.

Anexo 3. Documento de consentimiento para a participación nun estudo de investigación.

TÍTULO: Os trastornos da inxestión alimentaria da infancia ou da nenez dende a perspectiva do alimentador principal.

Eu, _____

Lin a folla de información ao participante do estudo arriba mencionado que se me entregou, puiden falar con Lucía Picón Pazos e facerlle todas as preguntas sobre o estudo necesarias para comprender as súas condicións e considero que recibín suficiente información sobre o estudo.

Comprendo que a miña participación é voluntaria e que podo retirarme do estudo cando queira, sen ter que dar explicacións e sen que isto repercuta na miña relación cos profesionais.

Acceso a que se utilicen os meus datos nas condicións detalladas na folla de información participante.

Presto libremente a miña conformidade para participar no estudo.

A respecto dos resultados de investigación:

DESEXO coñecer os resultados.

NON DESEXO coñecer os resultados.

O/a participante

(Nome, sinatura, data)
data)

O/a investigador/a

(Nome, sinatura,

Anexo 4. Entrevista semiestructurada.

Nome Idade

Data Lugar

Obxectivo específico	Pregunta xeral	Preguntas específicas	Preguntas de seguimento	Preguntas de comprobación
Explorar cales son os sentimentos e emocións que o alimentador principal manifesta acerca da súa propia relación co/a neno/a.	Como cres que é a relación co teu fillo/a?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Como te sentes cando estás co teu fillo/a? ▪ Tes tempo para xogar e compartir momentos co seu fillo/a? Gústache facelo? ▪ Adoitas preguntarlle ao teu fillo/a como se sente e/ou como lle foi o día? ▪ Discutides moito? Por que motivos o facedes? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poderíame falar un pouco máis sobre...? ▪ Poderíame poñer algún exemplo sobre...? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Segundo me comentou anteriormente, ..., é isto así? ▪ Ou sexa, queres dicir que...?
Coñecer as crenzas que o/a alimentador principal ten acerca do trastorno do/a neno/a.	Que opinas sobre os TIAI?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Como definirías os TIAI? ▪ Pensas que estas dificultades deben ser definidas como un trastorno específico ou como unha situación que, en certa medida, ocorre en case toda a poboación infantil? ▪ Pensas que estas dificultades son "iguais" a outros trastornos infantís como os 		

		trastornos da aprendizaxe, do desenvolvemento...? (non en relación á sintomatoloxía, senón ao concepto do trastorno, gravidade, etc.)		
Describir as emocións que o alimentador principal experimenta no momento específico da alimentación do/a neno/a.	Cando lle das de comer ao teu fillo/a, como te sentes?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cando o seu fillo/a rexeita a comida, que sentimento predomina no seu pensamento? ▪ Sentes agobio, ansiedade ou estrés cando isto sucede? ▪ Cres que é responsabilidade e/ou culpa túa que o teu fillo/a se comporte desa maneira? ▪ Temes o momento da comida? Evítalo e intentas derivar a tarefa a outra persoa? 		
Identificar as accións que o alimentador principal realiza antes do momento da alimentación a fin de asegurarse de que o/a neno/a se nutre correctamente.	Mentres preparas a comida ou entre comidas, fas algo especial para asegurarte de que o teu fillo/a come sen dificultade?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Permites que o teu fillo/a coma algo entre comidas? ▪ Preparas soamente certo tipo de comidas que sabes que lle gustan? ▪ Déixaslle ao teu fillo/a elixir as comidas? 		

<p>Identificar as accións que o alimentador principal realiza para interactuar co neno/a durante o momento da alimentación.</p>	<p>Durante o momento da comida, fas algo especial para asegurarte de que o teu fillo/a come sen dificultade?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déixaslle ao teu fillo comer onde queira e á hora que queira? ▪ Adoita insistir verbalmente para que o seu fillo/a coma? ▪ Forzas fisicamente ao teu fillo/a para introducirle, polo menos, un pouco de comida na boca? ▪ Procuras distraelo para introducirle a comida? Como? ▪ Ofreces unha recompensa a cambio de comer todo? Ou, pola contra, ameazas con castigalo/a se non o fai? ▪ Cando o neno/a comeza a portarse indebidamente, continúas tratando de alimentalo/a ou desistes na tarefa? ▪ Permíteslle marchar da mesa cando el/a quere? 		
--	--	---	--	--