

La conducta alimentaria en una población infantojuvenil de Gran Canaria. Una dimensión emocional

Yurena-Yaiza Pérez-Macías^a; Carmen-Nieves Hernández-Flores^b; Daniela-Celia Montesdeoca-Ramírez^c

^aEstudiante de la Maestría Enfermería Escolar, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria;

^bProfesora del Departamento de Matemáticas, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; ^cProfesora Grado en Enfermería. Departamento de Enfermería, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

RESUMEN

La conducta alimentaria se define como el comportamiento normal relacionado con los hábitos de alimentación. La obesidad infantil es un problema de salud que tiene su origen en la interacción de factores genéticos y ambientales, como los hábitos y las emociones. Los objetivos de este trabajo fueron conocer la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil, determinar la prevalencia de personas comedoras emocionales e identificar la actitud emocional en la conducta alimentaria de una población escolar de la isla de Gran Canaria. Se diseñó un estudio descriptivo transversal. La población diana estuvo constituida por escolares de 6 a 12 años, ubicados en un municipio de Las Palmas de Gran Canaria. Se estimó un tamaño muestral de 244. Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario autoadministrado y adaptado. Para identificar la prevalencia de comedores emocionales y la actitud emocional en la conducta alimentaria se utilizaron dos cuestionarios validados: el cuestionario Comedores Emocionales y *Three Factor Eating Questionnaire*. El análisis de los datos se realizó con el programa JAMOVI. La prevalencia de sobrecarga ponderal es del 37,7%. El 61,8% de los escolares con problemas de sobrepeso y obesidad son también comedores emocionales en algún grado. Un 54,6% de los participantes presentan conductas de restricción. El 40,7% de los escolares con conductas de desinhibición presenta problemas de exceso de peso. Este estudio pone en evidencia la necesidad de implementar intervenciones educativas dirigidas a revertir la prevalencia de obesidad infantil. Las emociones pueden ser un determinante en la elección de los alimentos ingeridos, lo que llevaría al aumento o disminución del peso corporal. El entorno escolar sería el escenario ideal para implementar acciones de prevención y promoción mantenidas en el tiempo, evaluando estrategias efectivas en materia de educación nutricional.

Palabras clave: trastornos de ingestión y alimentación en la niñez, conducta alimentaria, emociones, obesidad infantil, servicios de salud escolar.

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de La Salud (OMS) estableció en el marco de la Iniciativa Europea de Vigilancia de la Obesidad Infantil, en 2007, el rango de edad de 6 a 9 años para disminuir las posibles diferencias ponderales atribuibles al inicio de la pubertad. Durante 2018 y 2020 tuvo lugar su quinta ronda de recopilación de datos, en la que 33 de los 45 países que la conforman, estudiaron a casi 411.000 niños de 6 a 9 años. Este análisis concluyó que el 29% de los escolares de 7 a 9 años de la región europea tenía sobrepeso u obesidad¹.

En Canarias los datos de prevalencia son algo superiores a los reportados a nivel nacional^{2,3}, donde la prevalencia de exceso ponderal en escolares de 6-9 años fue del 43%. La OMS¹ define el sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. La principal causa es un desequilibrio energético producido por un aumento en la ingesta de alimentos con alto contenido calórico y una disminución de la actividad. La inactividad física se ha potenciado durante el último siglo, por los cambios sociales generados tras la industrialización, el abandono de los asentamientos rurales, el desarrollo económico y la globalización; generando modificaciones en los patrones alimentarios y los hábitos de vida saludables⁴.

Las medidas antropométricas simples se utilizan como herramientas de detección de la obesidad para fines clínicos y epidemiológicos⁵, siendo la determinación del Índice de Masa Corporal (IMC), la forma que habitualmente se utiliza para determinar si una persona tiene sobrepeso u obesidad⁶. Las medidas antropométricas referidas por los padres son válidas y pueden utilizarse en la investigación epidemiológica⁷. En la población infantil (niños y adolescentes), deben compararse con las referencias de crecimiento poblacional ajustadas por sexo y edad⁸.

La obesidad genera un alto coste sociosanitario⁹, y su etiología está en continuo estudio. Gordillo et al.¹⁰ subrayan que, en el 99% de los casos, se debe a una asociación de factores ambientales (sedentarismo y dieta inadecuada), factores genéticos (hijos de padres obesos tienen mayor predisposición a ser obesos) y factores psicológicos (uso de la comida para gestionar

problemas emocionales entre otros).

Por otro lado, el estado emocional puede influir en la cantidad y calidad del consumo de alimentos. Palomino⁹ señala que las emociones negativas (ira, apatía, frustración, estrés, miedo, pena, ansiedad, inquietud, soledad y aburrimiento) generan respuestas alimentarias relacionadas con atracones de alimentos con un alto contenido calórico (azúcares y grasas) en un breve espacio de tiempo. Estas conductas suelen ser más frecuentes en mujeres, en personas obesas y en contextos de restricción alimentaria. Se describe así el término “Comedor Emocional” (CE), que define a las personas que comen en exceso ante respuestas emocionales, generalmente negativas, incapaces de afrontarlas adecuadamente, tendiendo a elegir alimentos de alta densidad energética para calmarse, no así para saciarse, pues no ingieren alimentos en respuesta a una necesidad física de hambre, sino emocional¹¹.

Los cambios en la ingesta alimentaria asociados a las emociones generan, a largo plazo, problemas de salud como la obesidad y los trastornos de conducta alimentaria (TCA)¹². Identificar, en la población infantil escolarizada, problemas de sobrepeso, obesidad y/o comedores emocionales, ayuda a determinar las necesidades de salud de dicha población y fundamenta las intervenciones educativas de profesionales cualificados, entre ellos, la enfermera escolar¹³.

Jebeile et al.⁸ describen que las intervenciones psicológicas (terapia cognitivo-conductual), unidas a las intervenciones de educación para la salud, logran el cambio de comportamientos alimentarios relacionados con la obesidad, la imagen corporal distorsionada, el estado de ánimo negativo y el control de estímulos.

En este contexto, se ha planteado esta investigación teniendo como objetivos:

- 1.- Conocer la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en la población infantil escolarizada de una zona de salud de la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria.
- 2.- Determinar la prevalencia de comedores emocionales en este grupo de escolares.
- 3.- Identificar la actitud emocional en la conducta alimentaria de esta población infantil.

2. METODOLOGÍA

Se diseñó un estudio descriptivo transversal de corte cuantitativo.

La población objeto de este estudio fueron los escolares (669) de edades comprendidas entre los 6 y los 12 años, matriculados en los colegios de titularidad pública (5) y en un centro concertado, en el curso académico 2022/2023. Estos centros educativos están en una zona de salud del municipio de Las Palmas de Gran Canaria. La población de esta zona de salud tiene un nivel socioeconómico bajo-medio, elevado riesgo social y una tasa de desempleo elevada. Se estimó un tamaño muestral de 244, considerando un error del 5% y un nivel de confianza del 95%.

El proyecto se presentó al equipo directivo de todos los centros. Uno de ellos declinó su participación, dando finalmente su consentimiento informado para participar en el estudio 4 centros de titularidad pública y uno concertado. Posteriormente se solicitó permiso al Comité de Ética e Investigación (CEI) de referencia, obteniéndose su aprobación el 13 de enero de 2023 (Código CEIm de Las Palmas: 2022-579-1).

Se consideró como criterios de inclusión:

- Ser alumno de 6-12 años, escolarizado durante el curso 2022/2023 en los centros educativos, públicos y concertados de la zona de salud y aceptar su participación en el estudio.
- Contar con el consentimiento de los progenitores para participar en la recogida de datos.

Como instrumento de recogida de datos y con el fin de conseguir el objetivo, se elaboró un cuestionario anónimo, *ad hoc*, autoadministrado y adaptado para la recolección de datos sociodemográficos, talla y peso autoreferidos de los escolares y sus familiares. Este quedó estructurado en:

- Datos generales del alumnado. Se contempló variables relacionadas con datos sociodemográficos como: edad, género (hombre, mujer y no binario) y curso, así como datos autoreferidos de peso y talla con el fin de conocer la prevalencia de sobrepeso y obesidad de este grupo poblacional. Para el cálculo de las prevalencias se utilizó los puntos de corte correspondientes al percentil 85 para sobrepeso y el percentil 97 para obesidad específicos por edad y sexo, de las tablas de crecimiento y desarrollo de la población española¹⁴.
- Datos generales de los progenitores. Se consideraron variables sociodemográficas como: edad, género, nivel educativo y situación laboral (profesión y turno de trabajo), así como datos autoreferidos de peso y talla. Para calcular la prevalencia de obesidad de los progenitores se utilizó el IMC, considerando el criterio de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad¹⁵.

Como instrumentos para evaluar la dimensión emocional, se utilizaron dos cuestionarios ya validados:

- La alimentación emocional se evaluó con el cuestionario de comedores emocionales autoadministrado, validado por Garaulet et al.¹⁶. Se establecen cuatro categorías en función del resultado obtenido: comedor no emocional (0-5), comedor poco emocional (6-10), comedor emocional (11-20) y comedor muy emocional (21-30).
- La conducta alimentaria se evaluó con el cuestionario validado *Three Factor Eating Questionnaire*, TFEQ¹⁷. Es un

instrumento de evaluación que a través de la combinación de una escala categórica y una continua, evalúa la restricción alimentaria, catalogándola en tres factores: restricción (I), desinhibición (II) y hambre (III). El análisis factorial estableció tres subescalas: restricción cognitiva de la conducta de comer (21 ítems), desinhibición/ingesta incontrolada/ingesta emocional (16 ítems) y hambre (14 ítems).

El trabajo de campo se realizó entre el 20 y el 30 de enero de 2023.

La información obtenida fue mecanizada en una base de datos Excel. El análisis de los datos se realizó con el programa JAMOVI¹⁸. Las variables cualitativas se resumieron en frecuencias y porcentajes. Para las variables cuantitativas se utilizaron medias y desviaciones estándar o medianas y rangos intercuartílicos IQR=25-75 percentil, según se dieran o no los supuestos de normalidad. Los porcentajes se compararon usando el test de Chi- cuadrado, para comparar las medias se hizo con el t-test y las medianas con el test de Wilcoxon para datos independientes. La significación estadística se estableció en el 5% ($p < 0,05$).

3. RESULTADOS

La población diana estuvo constituida por 669 escolares de edades comprendidas entre 6-12 años. La participación fue del 35,8% (n= 240): 43,8% hombres y 56,2% mujeres.

El 37,7% de los escolares participantes presenta un incremento de su peso corporal (13% de sobrepeso y el 10,7% obesidad). Existe diferencia significativa entre el género de los escolares y su situación ponderal ($p=0,0138$), observándose un 35,1% de los escolares varones con problemas de peso frente al 13% de las niñas.

El 65,4% de los padres presentan problemas de sobrepeso-obesidad y un 55,7% de las madres. Existe diferencia porcentual entre los padres que trabajan a jornada completa 65,8%, y las madres 42,5%.

Con respecto a la aplicación del cuestionario de Garaulet et al.¹⁶, el número de alumnos que respondió a todos los ítems del cuestionario fue bastante elevado y homogéneo (n=230-237). El Alpha de Cronbach de este instrumento de medida es de 0.80. En la Tabla 1 se presenta la distribución de la muestra según la asociación del perfil emocional de los escolares en el contexto de la ingesta de alimentos entre su situación ponderal.

Tabla 1. Asociación entre la situación ponderal de los escolares y el tipo de comedor emocional

	Normopeso n (%)	Sobrepeso-obesidad n (%)
Comedor poco emocional (n=38)	27 (27,6)	11 (32,4)
Comedor no emocional (n= 73)	60 (61,2)	13 (38,2)
Comedor emocional-muy emocional (n=21)	11 (11,2)	10 (29,4)

Nota. Elaboración propia

Con diferencias significativas ($p=0,0196$) se ha observado que los comedores poco emocionales sienten que ciertos alimentos influyen sobre su voluntad y que la comida es algo más que comida, de estos el 32,4% presenta sobrepeso-obesidad. Por otro lado, los comedores emocionales reconocen que sus sentimientos y estado de ánimo, en algunos momentos, determinan cuanto y cómo comer, pudiendo llegar a sufrir algún trastorno de comportamiento alimentario. Con sobrepeso u obesidad y este comportamiento emocional asociado hay un 29,4% entre los escolares estudiados. Esto significa que el 61,8% de los escolares con problemas de sobrecarga ponderal son también comedores emocionales en algún grado, frente al 38,2% que, pese a tener sobrepeso-obesidad, no lo son.

Se ha observado diferencias significativas ($p= 0,0162$) al asociar los diferentes perfiles emocionales de los escolares con la situación ponderal de las madres, no encontrándose asociación con el IMC del padre ($p= 0,6937$). Es muy significativo el porcentaje de madres con sobrepeso-obesidad cuyos hijos son comedores emocionales en algún grado (45,4%), siendo el 24,2% comedor emocional de riesgo clínico. No existen diferencias significativas entre el género de los escolares y el tipo de comedor emocional ($p=0,5267$). Tampoco entre el tipo de comedor emocional y el horario laboral de la madre ($p=0,1292$), ni del padre ($p= 0,2196$), ni el nivel formativo de ambos progenitores ($p= 0,42$).

En la aplicación del cuestionario de los tres factores emocionales que determinan la ingesta alimentaria (TFEQ¹⁷), el valor del Alpha de Cronbach es de 0,83 para la primera parte de este cuestionario y de 0,68 para la segunda.

En cuanto a las diferencias asociadas al género de los escolares, al responder el cuestionario, se observó diferencias significativas ($p=0,0054$) entre los escolares varones (58,1%) que “a menudo se sienten tan hambrientos que tienen que comer algo ya” (ítem12) con respecto a las mujeres (39,2%). Lo mismo ocurre en el ítem 15 “cuando empiezo a comer parece que

no puedo parar” donde los hombres (31,1%) se identifican más ($p=0,0444$) con este comportamiento en comparación con las mujeres (19%). Ambas manifestaciones se asocian a comportamientos de desinhibición (Factor II). En el resto de los ítems no se ha observado diferencias significativas contemplando la perspectiva de género.

Del análisis general de los resultados de este cuestionario, se obtiene la Tabla 2, que muestra la puntuación media de los tres factores determinantes de la conducta alimentaria para la población infantil escolarizada estudiada.

Tabla 2. Distribución de la muestra según los factores determinantes de la conducta alimentaria

<i>Factor de Restricción Cognitiva (n=185)</i>	n (%)
Bajo ≤ 6	84 (45,4)
Medio 7-13	80 (43,2)
Alto 14-20	21 (11,4)
<i>Factor de Desinhibición (n= 168)</i>	
Bajo 0-5	109 (64,9)
Medio 6-11	49 (29,2)
Alto 12-17	10 (6)
<i>Factor Hambre (n= 191)</i>	
Bajo 0-4	73 (38,2)
Medio 5-9	79 (41,4%)
Alto 10-14	39 (20,4)

Nota. Elaboración propia

El factor de restricción I (FR) sólo presentó diferencias significativas al asociarlo al horario laboral del padre ($p= 0,0360$). En las unidades familiares donde los padres tienen una jornada laboral completa, el 11,9% de sus hijos presenta comportamientos restrictivos graves en su ingesta alimentaria con la intención de controlar o perder peso. En aquellos que trabajan a media jornada, el porcentaje asciende a un 20%. En los escolares cuya conducta es de riesgo, también existe una diferencia significativa, estando presente en el 60% de los hijos de padres que trabajan a media jornada, en el 66,7% de los que trabajan a turnos y en el 68,4% de los que no trabajan, pero reciben prestación económica por desempleo.

El factor de desinhibición II (FD) se ha asociado al IMC de los escolares ($p=0,0081$), al nivel de estudios de ambos progenitores, y al IMC de las madres ($p=0,0513$). Asociado al IMC de los escolares, el factor de desinhibición (FD), definido como la tendencia a comer en exceso en respuesta a la pérdida de control sobre la comida y a estados de ánimo negativos muestra, que del total de los escolares con problemas clínicos o de riesgo por esta conducta alimentaria, un 40,7% presenta problemas asociados de sobrepeso-obesidad. Destaca que el nivel de instrucción del padre ($p= 0,0270$) y de la madre ($p= 0,0415$) se asocia de manera significativa con este factor. En el 43,7% de los alumnos con FD, siendo el 12,5% de rango clínico, sus padres han cursado estudios primarios.

No hemos observado ningún escolar con FD de rango clínico y que sus padres tuvieran estudios universitarios, pero si se ha obtenido un 10% de escolares en riesgo. En padres con estudios secundarios, sólo un 2% de los alumnos con FD presenta rango clínico, y un 28% es de riesgo. El FD está asociado al nivel de instrucción del padre, concretamente a padres con estudios primarios y secundarios. Algo similar ocurre con las madres, estando presente este comportamiento de desinhibición en el 48,2% de los escolares cuyas madres tiene estudios primarios. Con rango clínico, el FD está presente en el 6,2% de los escolares cuyas madres tiene estudios secundarios, en el 9,3% de madres con estudios primarios y en el 2,5% con estudios universitarios. Cabe destacar que en el 90% de los alumnos de padres universitarios y en el 82,5% de alumnos de madres con estudios universitarios, no existe conducta alimentaria de desinhibición en rango clínico ni de riesgo asociada. Por otro lado, asociado al IMC materno, el 9,1% de los alumnos con FD en rango clínico tienen madres con sobrepeso-obesidad, y el 32,5% de los alumnos con FD de riesgo también. Es decir, existe asociación significativa entre el 41,6% de los alumnos con conductas de riesgo y rango clínico del comportamiento alimentario relacionado con la desinhibición y las madres con sobrepeso-obesidad. En el 58,4% cuyas madres tienen sobrepeso-obesidad, este comportamiento no está asociado. El resto de las variables estudiadas, como el género, el horario laboral de los progenitores y el IMC del padre, no presentan una asociación significativa con este factor de desinhibición.

Con respecto al factor III hambre (FH), es decir, susceptibilidad al hambre, solo se ha evidenciado diferencias significativas ($p= 0,0514$) al asociarlo con el IMC de la madre. Se ha podido observar que en un 26,4% de escolares en rango clínico y en un 35,6% de escolares en riesgo, sus madres presentan sobrepeso-obesidad. Esto supone el 61,6 % de los menores con algún grado de FH cuyas madres presentaron sobrepeso-obesidad.

4. DISCUSIÓN

Cabe señalar, que a la hora de comparar los resultados obtenidos con los datos disponibles en nuestro medio se debe realizar con cautela al ser muy heterogéneos en cuanto a la edad y a la metodología utilizada, así como por tratarse de datos autoreferidos.

En relación con la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en la muestra de escolares estudiada, se ha obtenido una prevalencia del 37,7%. Este resultado está en consonancia con los datos obtenidos a nivel nacional^{2,3} para la misma población y el mismo rango de edad en España (40,6%), poniéndose de relieve que, el aumento ponderal en la población infantil continúa siendo un problema de salud. A pesar de no haber contemplado en nuestro estudio el patrón de alimentación y de actividad física, se ha evidenciado que este incremento ponderal puede estar asociado a cambios en los hábitos alimentarios y actividad física³. Poder modular estos hábitos interviniendo no solo con los escolares sino también con las familias y con el resto de la comunidad educativa, justificaría la presencia de la Enfermera Escolar¹³.

Cabe resaltar la diferencia porcentual existente entre los padres que trabajan a jornada completa 65,8%, y las madres 42,5%. El estudio ALADINO³ recoge la importancia del gradiente socioeconómico inverso en la prevalencia de sobrepeso y obesidad, sugiriendo que la desigualdad socioeconómica pudiera estar asociada a un acceso desigual de los recursos que promocionan los hábitos saludables, como la actividad física extraescolar. También recoge la influencia de la transmisión intergeneracional de la sobrecarga ponderal, teniendo mayor riesgo de sobrepeso-obesidad los hijos de progenitores con alguno de estos problemas. Este último dato es muy importante si tenemos en cuenta que, en nuestro estudio, el 64,4% de los padres presentan problemas de sobrepeso-obesidad y el 55,7% de las madres. La prevalencia de obesidad infantil pudiera estar determinada por el contexto social, la desigualdad económica y el nivel de instrucción de los progenitores, lo que predispone al menor a un ambiente obesogénico.

Con respecto a la actitud emocional en la conducta alimentaria, dentro de los factores causales de la obesidad descritos por Gordillo et al.¹⁰, los factores psicológicos desempeñan un gran papel, no a menudo estudiado en esta población. El estudio PASOS², además de recoger la asociación de las rentas bajas con el aumento ponderal, describe que el 20,4% de los menores escolarizados de 12 años declara sentirse “preocupado, triste o infeliz”. Este dato aumenta entre adolescentes escolarizados. De hecho, concluye que el género femenino, la población adolescente y la población evaluada en centros educativos ubicados en secciones censales de elevadas rentas promedio por persona y año son las que declaran, en mayor medida, sentirse “preocupadas, tristes o infelices”. Comer en respuesta a emociones, buscando en la comida una recompensa que mitigue sus frustraciones¹⁰, describe un tipo de persona que, en la muestra estudiada se ha identificado. El 61,8% de los escolares con problemas de sobrepeso-obesidad come en función de sus sentimientos y estado de ánimo, y un 38,8% son CE sin alteraciones ponderales. Este es un porcentaje bastante elevado que deberíamos considerar si, a la hora de realizar intervenciones educativas, queremos afrontar el exceso ponderal descrito por la población infantil de la zona de salud estudiada.

Palomino⁹ señala que el 75% de las personas con aumento ponderal son CE. También señala diferencias entre CE y el género, principalmente, mujeres adultas, aunque también reporta resultados donde las prevalencias son similares en ambos sexos. En nuestro estudio, se evidencia que tener emociones negativas y una mala gestión emocional pueden ser factores determinantes de la obesidad, pero no excluyentes en todos los obesos. Esto puede ser debido a que, en el grupo estudiado, en edad escolar, aún no se han conformado todos sus rasgos de comportamiento y personalidad. La falta de estudios que determinen la presencia de CE en edad escolar hace de esta última una mera interpretación personal.

La asociación de madres con sobrepeso-obesidad cuyos hijos son comedores emocionales en algún grado (45,4%) ya fue observada por otros autores^{19,20}. La alimentación emocional materna se asocia positivamente con la alimentación emocional de los niños en la infancia y las conductas alimentarias de las madres están asociadas a sus prácticas de alimentación en la niñez¹⁹. Los niños pueden estar reproduciendo conductas que han observado en los padres¹⁰, y si tenemos en cuenta el apego a la madre presente en estas edades, junto con los informes de asociación de CE y género femenino en etapas adultas descritas por Guivarch et al.¹⁹, esta influencia pudiera estar justificada.

Mallan et al.²⁰ recogen que la asociación positiva entre el comer en exceso emocional de la madre y el niño estaba parcialmente mediada por el uso materno de alimentos como recompensa y como restricción. Señala que las prácticas de alimentación utilizadas por los padres tienen un impacto en los comportamientos alimentarios de los niños y viceversa. En definitiva, el perfil emocional de la ingesta de alimentos, puede ser un determinante del IMC de los escolares y de sus madres.

Con respecto a la aplicación del cuestionario de Garaulet et al.¹⁶, el Alpha de Cronbach obtenido (0,80) evidencia su validez interna para este grupo de edad, lo que nos permite recomendar su uso en este grupo poblacional.

En relación con los factores que determinan la conducta alimentaria. En el estudio, *en relación con las conductas de restricción* (FR), se reflejan niveles altos de riesgo en la población infantil (43,2%), frente a un 11,4% de los escolares que restringe consciente y patológicamente la ingesta para controlar o perder peso.

Mallan et al.²⁰ refieren que las prácticas de alimentación restrictivas de los progenitores se asocian positivamente con una mayor ingesta de alimentos restringidos, por parte de los hijos, cuando estos están disponibles, así como con una mayor capacidad de ingesta alimentaria desinhibida. Además, pone de manifiesto que la restricción de la comida del niño con el fin de controlar el peso se asocia con comportamientos asociados a conductas de desinhibición (comer descontroladamente y en exceso) a largo plazo. Estos estudios no abordan los motivos por los que las madres restringen los alimentos a sus hijos. Guivarch et al.¹⁹ observó pautas similares, donde los patrones alimentarios restrictivos maternos se asociaron a las prácticas de alimentación restrictivas hacia sus hijos (restricción por salud y restricción por peso) y el uso de alimentos como recompensa en la niñez por su parte, lo que podría afectar la autorregulación de la ingesta de energía de los niños. También observó que la alimentación descontrolada materna se asoció positivamente con la presión para comer hacia los menores. No podemos saber si las conductas restrictivas descritas por los menores en nuestro estudio son suyas o forzadas por prácticas de alimentación restrictivas paternas y/o maternas, pues no se evaluó la conducta alimentaria de los progenitores, ni sus prácticas en la alimentación infantil. En nuestro estudio, este FR sólo está asociado al horario laboral del padre. Podemos intuir, basándonos en los resultados de otros autores^{19,20}, que los escolares con conductas restrictivas tienen madres con prácticas de alimentación restrictivas, ya sea por la salud de estos o por la percepción real o subjetiva de exceso ponderal de las madres para con sus hijos. La alimentación restrictiva puede ser una acción de enseñanza de los padres a los hijos para controlar el aumento ponderal. Podríamos pensar que, la influencia de madres que trabajan menos horas, y por tanto pasan más tiempo en casa encargadas de la alimentación, podría estar alterando el comportamiento alimentario de sus hijos, pero para realizar este tipo de afirmaciones, tendríamos que realizar el estudio también a los progenitores.

En relación con las conductas de desinhibición (FD), que comprenden comportamientos alimentarios asociados a las emociones, a eventos sociales o a consumos excesivos de manera recurrente y habitual, un 35,2% de la muestra ya presenta comportamientos asociados a este FD. Se observó asociación de esta conducta al IMC de los escolares, donde un 40,7% con sobrepeso-obesidad tienen conductas clínicas o de riesgo por desinhibición. Destaca que el nivel de instrucción del padre y de la madre se asocia también de manera significativa con este factor. En el 43,7% de los alumnos con FD, sus padres han cursado estudios primarios y en el 48,2% de los escolares sus madres tienen estudios primarios. El estudio ALADINO³ señala una mayor prevalencia de obesidad infantil entre escolares cuyos progenitores tienen estudios primarios, así como un mayor porcentaje de niños con normopeso entre progenitores universitarios. Identifica, como factores protectores de la obesidad infantil, el sexo femenino, realizar actividad física intensa, un nivel medio alto de ingresos familiares, el origen europeo del padre y, en menor medida, la situación ponderal de delgadez de la madre. Esto podría significar que, a menor nivel de instrucción, menor posibilidad de acceder a un puesto de trabajo mejor remunerado, y, por tanto, menor capacidad para disponer de recursos saludables. Encontrar el equilibrio y disminuir las desigualdades se plantea como todo un reto en los programas de Salud Escolar.

La asociación entre el FD y el IMC materno, donde el 41,6% de los alumnos con conductas de riesgo y rango clínico del comportamiento alimentario relacionado tienen madres con sobrepeso-obesidad, reforzaría el resultado obtenido por el estudio ALADINO³, en el que la delgadez materna se considera un factor de protección.

Mallan et al.²⁰ evidenció que las asociaciones entre la presión para comer (ejercida por los padres) y los resultados del niño, incluidos los comportamientos alimentarios y el IMC, son variables. Así, en niños de 5 a 6 años, la presión para comer se asoció con una mayor ingesta diaria estimada de energía y un mayor consumo de bocadillos dulces y salados, generando un comportamiento alimentario obesogénico en el niño, determinado por comer emocionalmente y comer en exceso. Esta práctica parental puede estar asociada a la preocupación de los progenitores sobre el peso del menor y a las conductas de evitación de estos a la hora de comer. Mallan et al.²⁰ sugiere que las prácticas de alimentación como la alimentación instrumental (usar alimentos como recompensa de un comportamiento) y la alimentación emocional (uso de alimentos como fuente de consuelo) influyen en el IMC del niño, pudiendo incurrir en patrones de alimentación disfuncionales y aumento de peso en estos. Aunque estas prácticas de alimentación pueden ayudar a controlar el comportamiento o el estado de ánimo de los niños a corto plazo, la evidencia indica que a largo plazo puede resultar perjudicial para su salud, manifestándose con desórdenes alimentarios y aumento del IMC.

Entre nuestros escolares se pueden observar diferencias significativas asociadas al género masculino y las conductas alimentarias de desinhibición. Un 58,1% de los varones que “a menudo se sienten tan hambrientos que tienen que comer algo ya” (ítem12) y un 31,1% de los chicos que “cuando empiezo a comer parece que no puedo parar” (ítem15), podrían estar desarrollando conductas alimentarias del FD asociadas a pautas de alimentación instrumental.

Guivarch et al.¹⁹ también observó que la alimentación desinhibida de la madre se asoció negativamente con la restricción de peso solo entre los niños, utilizando menos restricción de peso para los niños que para las niñas. Esto podría deberse a las distintas percepciones sociales y expectativas que los progenitores tienen sobre el peso corporal ideal según el género del niño: las madres tienden a preocuparse menos por el peso de los niños (apreciación subjetiva de ventaja social y física a mayor peso) en comparación con el de las niñas (deberían estar delgadas).

Garza-Olivares et al.¹² afirma que la práctica de presión para comer sí se correlaciona positivamente con el riesgo de ingesta emocional en el niño y no señala la existencia de una relación entre la ingesta emocional de la madre y el riesgo de ingesta emocional del hijo/a. Esto reforzaría los resultados de Mallan et al.²⁰.

En cuanto al factor hambre, caracterizado por sus rasgos internos (regulación interna) y externos (regulación por variables externas como los eventos sociales), el 41,4% de los escolares presentan el riesgo de convertir ésta en una conducta incontrolada y desarrollar trastornos del control del apetito, y, por ende, de la conducta alimentaria. Se ha evidenciado asociación entre el FH y el IMC materno, así, en el 61,6 % de los menores con algún grado de FH, sus madres presentaron sobrepeso-obesidad. Mallan et al.²⁰, puso de manifiesto en su estudio que, las niñas de madres con sobrepeso con prácticas de alimentación restrictiva mostraron una mayor ingesta en ausencia de hambre entre los 5 y los 9 años.

Gordillo et al.¹⁰ refiere que el desarrollo de la conciencia emocional, el desarrollo del autoconcepto y la imagen corporal y el autocontrol en niños y adolescentes, tienen un gran peso en su incremento ponderal. Estas características se desarrollan con la edad y pueden relacionarse con el hecho de que las emociones se convierten en desencadenantes para comer y con el aumento de restricciones alimentarias. Este patrón de conductas puede desencadenar los trastornos alimentarios (FR) más frecuentes entre las adolescentes, justificando el supuesto respecto a los trastornos alimentarios que, para las niñas, con el tiempo, el control del peso a través de una alimentación autorrestrictiva tiene mayor peso que las propias señales fisiológicas de hambre y saciedad.

El hecho de que no exista asociación significativa entre el FH de este estudio y el IMC de los menores, pero sí con el de las madres, parece corroborar el factor causal descrito por los anteriores autores, donde las prácticas de alimentación restrictivas maternas se asociaban a conductas de desinhibición en los menores.

El valor Alpha de Cronbach del TFEQ¹⁷ obtenido para ambas partes del cuestionario nos permite recomendar su uso en la población escolar de nuestro entorno con problemas de sobrepeso y obesidad.

Este estudio presenta limitaciones inherentes al diseño descriptivo de corte transversal, donde no se puede establecer una relación causal, al tipo de muestreo intencional, así como en el método de recogida de datos (cuestionario autoadministrado), que pudo generar un posible sesgo de información. Como fortaleza hemos de destacar que la validez interna del estudio se ha evidenciado, lo que nos permite diseñar y planificar una intervención educativa realista adaptada al entorno concreto de esta zona de salud.

Se evidencia la necesidad de diseñar, planificar e implementar intervenciones educativas, con un enfoque intersectorial y mantenidas en el tiempo, donde participen de manera activa todos los actores implicados en mejorar la salud comunitaria. Diseñar estudios que permitan establecer relaciones causales e identificar los factores que determinan la conducta alimentaria de nuestros escolares y de sus familias, contribuiría a una práctica, como Enfermeras Escolares, más eficiente y eficaz.

5. CONCLUSIONES

- 1.- Casi cuatro de cada diez escolares presentan sobrecarga ponderal. Siendo más prevalente en los hombres que en la mujeres (35,1% y 13% respectivamente).
- 2.- El 17,4% de los escolares son comedores emocionales-muy emocionales. Seis de cada diez escolares con problemas de sobrepeso-obesidad son también comedores emocionales en algún grado.
- 3.- Determinados comportamientos influyen en la conducta alimentaria de los escolares. El factor de restricción está asociado con el horario laboral del padre. El factor de desinhibición es más prevalente en los hombres que en las mujeres, estando asociado al IMC de los escolares y de sus madres y al nivel de instrucción de los progenitores. La susceptibilidad al hambre manifestada por los escolares está asociada al IMC de la madre.

REFERENCIAS

- [1] Organización Mundial de La Salud. (OMS). Informe sobre la quinta ronda de recopilación de datos, 2018-2020: Iniciativa Europea de Vigilancia de la Obesidad Infantil de la OMS (COSI). [Internet]. 2022. [citado el 8 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-6594-46360-67071>
- [2] Gómez S, Lorenzo L. Ribes C. Segunda edición del Estudio PASOS sobre los estilos de vida y el estado de salud de la población española de 8 a 16 años. Informe breve. Gasol-Foundation-Europa. [Internet]. 2022. [citado el 22 de enero de 2023]. Disponible en: <https://gasolfoundation.org/wp-content/uploads/2023/01/GF-PASOS-informe-2022-WEB.pdf>
- [3] García-Solano M, Gutiérrez-González E, López-Sobaler A, Ruiz-Álvarez M, Bermejo L, Aparicio A et al. Situación ponderal de la población escolar de 6 a 9 años en España: resultados del estudio ALADINO 2019. *Nutrición Hospitalaria*. 2021; 38(5), 943-953. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.03618>

- [4] Fernández-Lucas L. Influencia de las Emociones en la Conducta Alimentaria. Revisión Narrativa. (2018). Disponible en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/684855>
- [5] Hudda M, Fewtrell M, Haroun D, Lum S, Williams J, Wells J et al. Development and validation of a prediction model for fat mass in children and adolescents: meta-analysis using individual participant data. *BMJ (Clinical research ed.)*. 2019; 366, 14293. <https://doi.org/10.1136/bmj.14293>
- [6] Vaquero-Álvarez M, Romero-Saldaña M, Valle-Alonso J, Llorente Cantarero F, Blancas- Sánchez I, Fonseca F. Estudio de la obesidad en una población infantil rural y su relación con variables antropométricas. [Study of obesity in a rural children population and its relationship with anthropometric variables]. *Atención primaria*. 2019; 51(6), 341-349. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.03.007>
- [7] Olid A, Martín L, Moreno J, Martínez M, Pascual V, Martín N. Validación de los datos antropométricos declarados por padres de participantes en el proyecto SENDO. *Nutrición Hospitalaria* 2021; 38(6), 1162-1168. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.03621>
- [8] Jebeile H, Kelly A, O'Malley G, Baur L. Obesity in children and adolescents: epidemiology, causes, assessment, and management. *The lancet. Diabetes and endocrinology* 2022; 10(5), 351–365. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(22\)00047-X](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(22)00047-X)
- [9] Palomino A. Rol de la emoción en la conducta alimentaria. *Rev Chil Nutr.* 2020; 47(2), 286-291. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182020000200286>
- [10] Gordillo M, Sánchez S, Bermejo M. La obesidad infantil: análisis de los hábitos alimentarios y actividad física. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD. Revista de Psicología*. 2019; 2(1), 331-344.
- [11] Schachter S, Goldman R, Gordon A. Effects of fear, food deprivation, and obesity on eating. *Journal of personality and social psychology*. 1968; 10(2), 91-97. <https://doi.org/10.1037/h0026284>
- [12] Garza-Olivares X, Navarro-Contreras G, González-Torres M, Gómez A, Zacarías-Salinas X. Validación psicométrica del Cuestionario de Emociones en la Motivación de la Ingesta. *Universitas Psychologica* 2021; 20, 1-13. <https://doi.org/10.11144/Jave-riana.upsy20.vpc>
- [13] Martín N, Montesdeoca-Ramírez D. Importancia de la enfermera escolar. Una revisión bibliográfica. 2022. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10553/115433>
- [14] Sobradillo B, Aguirre A, Aresti U, Bilbao A, Fernández-Ramos C, Lizárraga A et al. Curvas y tablas de crecimiento (estudios longitudinal y transversal),” Instituto de Investigación sobre Crecimiento y Desarrollo Fundación Faustino Orbeagozo. Bilbao: Fundación Faustino Orbeagozo. 2004.
- [15] Salas-Salvadó J, Rubio M, Barbany M, Moreno B. Grupo colaborativo de la SEEDO. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Medicina clínica*. 2007; 128(5), 184-196.
- [16] Garaulet M, Canteras M, Morales E, López-Guimera G, Sánchez-Carracedo D, Corbalán-Tutau M. Validation of a questionnaire on emotional eating for use in cases of obesity: the Emotional Eater Questionnaire (EEQ). *Nutrición Hospitalaria*. 2012; 27(2), 645-51.
- [17] Stunkard A, Messick S. The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of psychosomatic research*. 1985; 29(1), 71-83. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(85\)90010-8](https://doi.org/10.1016/0022-3999(85)90010-8)
- [18] The jamovi project, jamovi (Version 2.3) [Computer Software], (2022). Disponible en: <https://www.jamovi.org>.
- [19] Guivarch C, Charles MA, Forhan A, Heude B, de Lauzon-Guillain B. Associations between maternal eating behaviors and feeding practices in toddlerhood. *Appetite*. 2022; 174, 106016. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.106016>
- [20] Mallan K, Miller N. Effect of Parental Feeding Practices (i.e., Responsive Feeding) on Children's Eating Behavior. Nestle Nutrition Institute workshop series. 2019; 91: 21-30. <https://doi.org/10.1159/000493675>