

Dra. Ethel Alderete

Prof. Titular Cátedras Investigación Social y Salud
Ocupacional.
Carrera de Lic. en Educación para la Salud. FHyCS-
UNJu

Lic. Ignacio Bejarano

Prof. Adjunto Cátedra Trabajo Social e Investigación
Social I.
Carrera Lic. en Trabajo Social. FHyCS-UNJu

"Factores de riesgo y protectores para la obesidad infantil en el NOA: Teoría, Evidencia y Prevención"

PRIMERA EDICION



Universidad Católica de Santiago del Estero
Departamento Académico San Salvador
Area Investigación y Desarrollo Científico



EDICIONES DASS-UCSE

Alderete, Ethel; Bejarano, Ignacio (compiladores)

Factores de riesgo y protectores para la obesidad infantil en el NOA. Teoría, Evidencia y Prevención.

1ra. Edición - Santiago del Estero: Ediciones DASS-UCSE, 2017.

350 p.; 22 x 16 cm.

ISBN 978-987-4130-03-7

1. Atención Primaria de Salud. 2. Salud Pública. 3. Enfermedades Nutricionales y Metabólicas.

CDD 613

EDICIONES DASS-UCSE

Editores Responsables

Dr. Marcelo Brunet - Lic. Ignacio Bejarano

Diseño y Diagramación: Ing. Fernando R. Aramayo

Autora de foto de tapa: Katie Kraft of Eat Joyfully

INDICE

	Página
Introducción	4
Parte I – Capítulo I: Obesidad Infantil. Fundamentos epidemiológicos y marco conceptual.	7
Capítulo II: Obesidad Infantil en el NOA. Descripción del estudio.	
Capítulo III: Lactancia materna, obesidad infantil y marcos conceptuales socio- comunicacionales.	
Capítulo IV: Obesidad infantil. Factores de riesgo y factores protectores para el desarrollo de conductas saludables.	17
Capítulo V: Consumo de bebidas y obesidad en la primera infancia.	36

Parte II – Capítulo I:
Obesidad Infantil. KIT de
Actividades de Prevención. **104**

Capítulo III

**Lactancia materna, obesidad infantil y marcos conceptuales
socio-comunicacionales**

Dra. Madalena Monteban

Se ha postulado que la lactancia materna (LM) reduce el riesgo de sobrepeso y obesidad infantil. En Korea, Park y Lee [47] analizaron datos de más de 700.000 niños participantes del National Children Health Examination, entre el año 2007 y el 2013, concluyendo que la LM exclusiva o parcial, tuvo un efecto preventivo para el sobrepeso. Byrne et al., [15] reportaron que la mayor duración de la LM está asociada a un menor riesgo de obesidad en la infancia y la adolescencia. En Estados

Unidos, en un estudio longitudinal de 1234 niños se determinó que la LM sostenida durante 6 meses reducía el riesgo de obesidad infantil [48]. En una muestra constituida mayoritariamente por niños de origen Hispano participantes del Programa Nutricional WIC en Estados Unidos, se determinó que la LM atenuaba el riesgo de obesidad durante la infancia [49]. Mientras que en Brasil, en un estudio prospectivo de 305 díadas madre-hijo/a se determinó que una duración prolongada de la LM tenía un efecto protector sobre el riesgo de exceso de peso corporal en madres e hijos/as, a los dos años después del parto [50]. Owen et al., [16] llevaron a cabo una revisión sistemática de 17 estudios observacionales y encontraron que el colesterol total promedio era menor en niños que habían recibido LM en comparación a los que habían recibido leche de fórmula. Owen et al., [51] también revisaron estudios observacionales reportando que el índice de masa corporal promedio era menor en quienes habían recibido LM, y que la LM reducía el riesgo de diabetes tipo 2 en el curso de la vida [17]. Sin embargo, Michels et al., [52] evaluaron la relación entre la LM y la obesidad en forma prospectiva y no encontraron una relación significativa.

En Argentina los resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud [53] indican que el 95% de los niños/as inician la LM. Sin embargo, en base a estimaciones de datos de la ENNyS se calcula que menos del 31% de los niños/as recibieron LME hasta los 6 meses de edad y el Informe sobre Situación de la Lactancia reporta que a nivel país solo el 54% recibe LME hasta los 6 meses de vida. En un estudio sobre LM en la Quebrada de Humahuaca, Naumann y Pinotti [54] informaron que había interrupción precoz de la LME en más de tres cuartos de los casos.

Entre las estrategias de acción que se deben implementar para apoyar la LM en Argentina, UNICEF resalta la educación, apuntado a las redes de apoyo primarias que puedan tener las madres, y el fortalecimiento de programas que provean apoyo madre-a-madre y consejo de pares. Existen algunos programas de apoyo social para madres lactantes. Por ejemplo, el programa llamado Loving Support (Apoyo con cariño) del Servicio de Alimentación y Nutrición del Departamento de Agricultura en Estados Unidos, que incluye una currícula de capacitación para madres que participan en el Programa de Nutrición Especial para Mujeres y Niños (WIC). Varios estudios han demostrado efectos positivos del programa

“Loving support” sobre las prácticas de LM [55, 56]. Por ejemplo, Mickens et al. [57] reportaron que la probabilidad de iniciar la LM entre mujeres afroamericanas, se duplicaba para aquellas que habían participado del programa. El objetivo de este programa es el de integrar un componente de apoyo social como parte del servicio, considerando que las madres que han tenido éxito en su LM y que comparten características socioculturales similares con aquellas a quienes se intenta beneficiar, son las más apropiadas para proveer apoyo social. Una limitación de los programas como el de Loving Support, es que no han sido adaptados para maximizar estrategias de difusión y apoyo, de acuerdo a las características propias de comunidades pluriculturales en Latinoamérica. Para ello es necesario desarrollar una base de conocimiento sobre las características y el contexto particular de cada comunidad a la que pueden ir dirigidos este tipo de programas.

En este análisis de niños de hasta 11 meses de edad participantes de programas de Atención Primaria de Salud (APS) se evalúa 1) la relación entre la LM y el estado nutricional de los niños/as, y 2) los factores sociodemográficos y de atención de salud asociados a la práctica de la LM.

Se busca con estos resultados aportar al desarrollo de investigaciones formativas sobre LME y de intervenciones de promoción de la misma.

Marco teórico

Desde las ciencias sociales se han realizado estudios que indican que las mujeres toman decisiones sobre LM en base a una diversidad de factores. Las condiciones económicas, sociales y políticas influyen sobre cómo las mujeres perciben la lactancia. La carga laboral, los factores culturales y percepciones sobre la naturaleza del crecimiento y la alimentación también juegan un rol importante. A demás, el apoyo social de la familia, de los amigos y del personal de salud influyen significativamente sobre las prácticas de lactancia [55].

Distintas personas y distintos grupos culturales, tienen variadas formas de percibir y comprender el mundo de acuerdo a sus propias experiencias sociales e históricas, y según las características del medioambiente en el que viven [58]. A demás de los factores socioeconómicos y otros como el manejo del tiempo y la distribución de recursos, los conocimientos y percepciones de las madres, influyen sobre

cómo ellas definen cuáles prácticas son beneficiosas para sus niños. Estas prácticas, además, están estructuradas alrededor de sistemas ideológicos sobre el rol de la alimentación. El qué, cuándo, cómo y cuánto, en relación a la alimentación depende en parte, de la cosmovisión subyacente de cada sociedad en particular.

Si bien los individuos acumulan conocimientos basados en sus experiencias personales también lo hacen a través del contacto con otras personas y por lo tanto el conocimiento obtenido por un individuo refleja condiciones sociales prevalentes. Esta afirmación se traduce al conocimiento de una madre sobre la lactancia materna. De acuerdo al antropólogo social Frederick Barth, conocimiento es cualquier elemento que una persona emplea para interpretar y actuar sobre el mundo [58]; incluye sentimientos (actitudes), información, taxonomías y conceptos verbales [58]. El conocimiento es la base de la comunicación en las redes de interacción social, se inserta en un contexto social específico y es adquirido durante diferentes fases de la socialización. Barth [58] identificó tres aspectos interconectados para el análisis de “tradiciones del conocimiento” 1) la existencia del contenido del conocimiento, un corpus de aciertos o ideas sobre el mundo, 2) que se comunica a través de uno o

más medios en forma de palabras, símbolos gestos o acciones y 3) se distribuye, comunica, emplea y transmite dentro de una serie de relaciones instituidas [58].

Un área creciente de investigación indica que la presencia de capital social – los recursos disponibles en redes sociales y comunidades– contiene implicaciones importantes para comportamientos y resultados de salud [59]. Características como el número, interconectividad, y diversidad de miembros de una red social podrían estructurar las actitudes y el comportamiento de los individuos. Las características funcionales también son relevantes, incluyendo la provisión de apoyo tangible, así como el compartir información sobre cómo y cuándo amamantar o sobre la suficiencia de la producción de la leche materna. En México, variables a nivel de la red social de las madres, predijeron mejor la duración de LME que las variables socio-demográficas, y un mayor nivel de capital social estuvo asociado positivamente con la LME hasta los 6 meses [60]. Una revisión Cochrane que analizó 34 estudios experimentales (con 29,385 pares de madres e hijos provenientes de 14 países) demostró que todo tipo de apoyo social aumentaba la duración de la LM. El apoyo de pares junto al apoyo profesional, también extendían la duración de la LM. Una

investigación previa de nuestro equipo en Jujuy resaltó el rol de las abuelas y otros miembros de la familia como proveedores de apoyo material (artículo en revisión en el *International Journal of Health Equity*).

La teoría del capital social también proporciona un marco útil para entender los procesos subyacentes en la práctica de la LM. Se define al capital social como los recursos disponibles en las redes sociales y comunidades relativas a cada individuo [61]. Las redes sociales están constituídas por las relaciones entre las personas. Una red personal es una red social percibida desde la perspectiva del participante [62]. La red personal está compuesta del participante y los “otros”. Los “otros” son las personas u otros tipos de actores no-humanos (e.g. organizaciones, libros, panfletos etc.) relacionados. Un elemento importante de la teoría del capital social es el reconocimiento de que las relaciones sociales son una fuerza motriz para el cambio del comportamiento [59]. Esta influencia se entiende examinando los patrones que conforman estas relaciones o redes sociales, que existen entre las personas. La familia, los amigos y conocidos, definidos como alteres en una red social están vistos como canales potenciales para la transferencia de recursos, facilitando o restringiendo el comportamiento del ego o el individuo a quien se busca influenciar. Se

postula que las características de las redes sociales incluyendo el número, interconectividad, y la diversidad de los miembros de la red, estructuran comportamientos y actitudes [59]. Por ejemplo, el tener pocos miembros que prestan apoyo en una red social, predice un incremento en la morbilidad y mortalidad de adultos con cáncer [59]. Las redes sociales también proveen apoyo tangible. Por ejemplo, en muchas sociedades el periodo después del parto es reconocido como un tiempo especial para la madre y el recién nacido. En este periodo especial se deja a la madre encargarse solamente de ella y de su hijo/a. Otros miembros de su círculo social apoyan a la madre realizando sus tareas habituales encargándose de sus otros niños, y preparando comidas que propician fuerza para su recuperación y que fomentan la producción de leche materna.

La intensidad de las conexiones entre miembros de una red social, si son débiles o fuertes, también tiene implicaciones para los comportamientos en salud [60, 63]. Los lazos más fuertes entre egos y alteres se caracterizan por un contacto íntimo y frecuente, e incluyen obligaciones recíprocas [61]. Por otro lado, los lazos más débiles son aquellos que ocurren entre individuos que están débilmente conectados y suelen sostener membresía en diferentes grupos sociales. Los

investigadores argumentan que los egos inmersos en redes sociales compuestas por lazos fuertes tienden a compartir características con alteres de esas redes sociales incluyendo información similar [61]. Se argumenta que la probabilidad que tiene un individuo de obtener información diferente o de acceder a nuevos recursos son más altas si el ego busca a alteres con quienes comparte lazos menos fuertes [64]. Los estudios que exploran los beneficios en salud de lazos débiles en comparación a lazos fuertes varían en sus resultados porque ambos tipos de lazos presentan un potencial para impactos negativos o positivos en la salud. Por ejemplo, en un estudio entre una población nativa de Hawai, las normas sociales compartidas entre algunos individuos que sostenían lazos fuertes, disuadieron el consumo de frutas y vegetales; sin embargo, otros lazos fuertes alentaban a cultivar o consumir frutas y vegetales como parte de su identidad étnica [65]. En otros estudios, los mensajes sobre programas o perspectivas en salud obtenidos a través de recursos sociales altamente valorados, como una agencia comunitaria, fueron mejor recibidos y estuvieron asociados con buena probabilidad de acción [66].

A pesar de que existe un incipiente cuerpo de investigaciones que buscan entender la relación entre las redes sociales y las prácticas de la

lactancia materna [60], este tema a ha recibido poca atención en Latinoamérica. Los resultados recientes indican que las decisiones de las madres en cuanto a la LM están formadas por el contexto social, la construcción de normas y el flujo de información e innovación. Por ejemplo, enfocándose en dinámicas sociales de la LM, en madres que participaron en una encuesta a nivel nacional en México, Wutich and McCarty [60] reportaron que cuando las madres toman en cuenta el consejo de una red más amplia de alteres, sus prácticas de LM tienden a seguir menos el consejo biomédico. Estos autores también informaron sobre las implicaciones para la LM de la fuerza de lazos entre una madre y sus alteres. Las madres que sostenían lazos más fuertes con sus alteres tendían a demorar la introducción de comidas complementarias por más tiempo que las que tenían alteres más distantes.

Metodología

Para este análisis se utilizó la base de datos emergentes del estudio descripto en el Capítulo II, incluyendo solamente los niños de hasta 11

meses de edad y excluyendo a los niños con bajo peso, resultando en una muestra de N=300.

Variables de exposición

Se trabajó con las características demográficas y de atención de salud como variables de exposición. La edad de la madre se clasificó en las categorías de hasta 20, de 21 a 29, y 30 años o más. El estado civil se categorizó en soltera, separada, divorciada o viuda, versus casada o viviendo en pareja. Para el nivel educativo se utilizaron tres categorías, hasta primaria completa o incompleta, secundaria completa o incompleta, y terciario o universitario completo o incompleto. La autoidentificación étnica se definió como Indígena o mezcla de Indígena y Europea versus Europea/otro. Se crearon tres categorías para la situación ocupacional, trabajo formal, ama de casa o estudiante, y trabajo informal o desocupada. Se preguntó si la madre había cumplido con todos, casi todos, casi ninguno o ningún control prenatal. Se preguntó también con quién prefería hablar sobre la nutrición de sus hijos/as, incluyendo a médicos, enfermeras, familiares, amigas, agentes sanitarios o nutricionistas.

VARIABLES DE RESULTADO

Para evaluar la práctica de la LME se preguntó a las madres si la lactancia fue solamente con leche materna, con leche materna y fórmula o solamente con fórmula.

COVARIABLES

Se categorizó el sexo de los niños/as como varón o mujer y la edad en meses como hasta 6 meses y entre 7 y 11 meses.

ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de datos se realizó con el programa computarizado STATA 14.0. Se construyeron tablas de doble entrada con las variables demográficas, de atención de salud y estado nutricional del hijo/a, por sexo del hijo/a. Se construyeron tablas de doble entrada con variables demográficas, de atención de salud y el estado nutricional del hijo/a, por la

variable dicotómica LME. Se calculó el test de Chi cuadrado y el valor de p .

Resultados

La mayoría (57%) de los niños/as tenía hasta 6 meses de edad (Tabla 1). En esta muestra en la que se excluyeron niños/as con bajo peso, el 44,7% de los niños/as tenía peso normal, el 30,3% tenía sobrepeso y el 25% tenía obesidad. El 28.5% de las madres tenían hasta 20 años de edad, el 61% tenía pareja, el 24,1% se identificó como Indígena o Indígena y europea, el 12,7% tenía nivel educativo de hasta primaria completa, el 16,9% tenía empleo formal y el 22% pensaba que el nivel de ingresos de su hogar era bajo. El 85% de las madres reportó que había completado la totalidad de los controles prenatales, el 12,7% prefería hablar sobre la alimentación de sus hijos/as con enfermeras o agentes sanitarios y el 52% dijo haber practicado la LME.

Tabla 1. Características demográficas y de atención de salud de madres e hijos/as de hasta 12 meses de edad, excluidos niños/as con bajo peso.

	Sexo del hijo/a (N=300)			<i>p</i>
	Varón N (%)	Mujer N (%)	Total N (%)	
Características del hijo/a				
<i>Edad del hijo/a</i>				0,167
<= 6 meses	82 (53,9)	89 (60,1)	171 (57,0)	
7 a 11 meses	70 (46,1)	59 (39,9)	129 (43,0)	
<i>Estado nutricional</i>				0,136
Normal	62 (40,8)	72 (48,6)	134 (44,7)	
Sobrepeso	54 (35,5)	37 (25,0)	91 (30,3)	
Obesidad	36 (23,7)	39 (26,4)	75 (24,5)	
Características de la madre				
<i>Edad</i>				0,781
14-20	41 (27,7)	43 (29,3)	84 (28,5)	
21-39	75 (50,7)	77 (52,4)	152 (51,5)	
30-47	32 (21,6)	27 (18,4)	59 (20,0)	
<i>Estado civil</i>				0,158
Soltera/Separada/ divorciada/viuda	62 (42,2)	53 (35,8)	115 (39,0)	
Casada o en pareja	85 (57,8)	95 (64,2)	180 (61,0)	
<i>Etnicidad</i>				0,160
Indígena	22 (15,1)	14 (9,7)	36 (12,4)	
Indígena y europea	12 (8,9)	21 (14,6)	34 (11,7)	
Europea	111 (76,0)	109 (75,7)	220 (75,9)	
<i>Nivel educativo</i>				0,709
Hasta primaria completa	18 (12,9)	16 (11,2)	24 (12,0)	

Secundaria completa o incompleta	106 (75,7)	114(79,7)	220 (77,7)	
Terciario/universitario completo o incompleto	16 (11,4)	13 (9,1)	29 (10,2)	
<i>Situación laboral</i>				0,952
Empleo formal	26 (17,0)	24 (16,2)	50 (16,9)	
Ama de casa/estudiante	102 (68,9)	104 (70,3)	206 (69,0)	
Trabajo informal/desocupada	20 (13,5)	20 (13,5)	40 (13,5)	
<i>Nivel de ingresos</i>				0,387
Bajo	29 (19,5)	37 (25,2)	66 (22,3)	
Medio	96 (64,4)	92 (62,6)	188 (63,5)	
Alto	24 (16,1)	18 (12,2)	42 (14,2)	
<i>Controles prenatales</i>				0,126
Completos	122 (82,4)	130 (87,8)	252 (85,0)	
Casi todos/ninguno	26 (17,6)	18 (12,2)	44 (14,9)	
<i>Interlocutor para hablar sobre nutrición del hijo/a</i>				0,527
Enfermera/agente sanitario	19 (12,9)	18 (12,5)	37 (12,7)	
Otros	128 (87,1)	126 (87,5)	254 (87,3)	
<i>LME</i>				0,065
Sí	72 (47,7)	84 (56,8)	156 (52,0)	
No	80 (52,6)	64 (43,2)	144 (48,0)	

p se refiere a la prueba de Chi cuadrado por sexo del hijo/a. * $p \leq 0,005$

En análisis bivariado encontramos una asociación inversa entre la LME y el exceso de peso (Tabla 2). EL 45,8% de los niños con obesidad había recibido LME en comparación al 59,7% de los niños con sobrepeso o peso normal (Chi cuadrado $p=0,001$), y el 48,7% de los niños con

obesidad o sobrepeso había recibido LME en comparación a 51,3% de los niños con peso normal (Chi cuadrado $p=0,041$) (datos no incluidos en tablas). Una mayor proporción de madres con bajos ingresos había practicado la LME, así como las madres que habían recurrido a enfermeras o agentes sanitarios para procurar información sobre la alimentación de los hijos/as, en comparación a quienes habían recurrido a otros referentes. Por el contrario, la proporción de madres que habían practicado la LME fue menor entre quienes tenían más 20 años de edad en comparación a las madres de menor edad, y entre quienes tenían empleo formal o informal, en comparación a quienes eran amas de casa o estudiantes.

Tabla 2. LME por características demográficas y de atención de salud.

Madres e hijos/as de hasta 12 meses de edad, excluidos niños/as con bajo peso (N=300).

	LME			<i>p</i>
	Sí N (%)	No N (%)	Total N (%)	
Características del hijo/a				

<i>Edad del hijo/a</i>				0,004*
<= 6 meses	97 (62,2)	74 (51,4)	171 (57,0)	
7 a 11 meses	59 (37,8)	70 (48,6)	129 (43,0)	
<i>Estado nutricional</i>				0,043*
Normal	80 (51,3)	54 (37,5)	134 (44,7)	
Sobrepeso	44(28,2)	47 (32,6)	91 (30,3)	
Obesidad	32 (20,5)	43 (29,9)	75 (25,0)	
Características de la madre				
<i>Edad</i>				0,004*
14-20	56 (36,4)	28 (19,9)	84 (28,5)	
21-39	74 (48,1)	78 (55,3)	152 (51,5)	
30-47	24 (15,6)	35 (24,8)	59 (20,0)	
<i>Estado civil</i>				0,096
Soltera/Separada/ divorciada/viuda	66 (42,9)	49 (34,8)	115 (39,0)	
Casada o en pareja	88 (57,1)	92 (65,2)	180 (61,0)	
<i>Etnicidad</i>				0,883
Indígena	18 (11,8)	18 (13,0)	36 (12,4)	
Indígena y europea	19 (12,5)	15(10,9)	34 (11,7)	
Europea	115 (75,7)	105 (76,1)	220 (75,9)	
<i>Nivel educativo</i>				0,679
Hasta primaria completa	17 (11,6)	17 (12,5)	34 (12,0)	
Secundaria completa o incompleta	117 (79,6)	103 (75,7)	220 (77,7)	
Terciario/universitario completo o incompleto	13 (8,8)	16 (11,8)	29 (10,2)	
<i>Situación laboral</i>				0,035*
Empleo formal	18 (11,7)	32 (22,5)	50 (16,9)	
Ama de casa/estudiante	116 (75,3)	90 (63,4)	206 (69,6)	
Trabajo informal/desocupada	20 (13,0)	20 (14,1)	40 (13,5)	
<i>Nivel de ingresos</i>				0,000*
Bajo	52 (34,0)	14 (9,8)	66 (22,3)	
Medio	84 (54,9)	104 (72,7)	188 (63,5)	
Alto	17 (11,1)	25 (17,5)	42 (14,2)	

<i>Controles prenatales</i>				0,552
Completos	131 (85,1)	121 (85,2)	252 (85,1)	
Casi todos/ninguno	23 (14,9)	21 (14,8)	44 (14,9)	
<i>Interlocutor para hablar sobre nutrición del hijo/a</i>				0,006*
Enfermera/agente sanitario	27 (17,6)	10 (7,2)	37 (12,7)	
Otros	126 (82,4)	128 (92,8)	254 (87,3)	

p se refiere a la prueba de Chi cuadrado por LME. * $p \leq 0,005$

Discusión

Nuestros resultados que corresponden a un análisis bivariado, concuerdan con los de distintos estudios que muestran una relación significativa entre la LME y la menor prevalencia de sobrepeso y de obesidad [47][15][48][49][16][50]. Contrariamente, en el estudio de Michels et al., (2007) [52] no se encontró una relación significativa.

En referencia a otros factores asociados a la LME examinados en este estudio, los resultados ponen de relieve la relación con dos dominios conceptuales. Uno se refiere a los recursos materiales, y otro a las redes de comunicación. Encontramos que la LME es más prevalente entre madres que reportan un nivel de ingresos bajo. La economía del hogar puede influir directamente en la decisión de amamantar, puesto que el adquirir leche de

fórmula puede imponer una carga importante en presupuestos familiares restringidos. Es posible también que las mujeres de bajos ingresos tengan menor probabilidad de acceder al mercado laboral formal y tengan mayor facilidad de destinar el tiempo necesario para la LME. Los resultados de la literatura existente proporcionan información no conclusiva con respecto a esta cuestión. Mientras que en algunos estudios son las madres de mayores ingresos las que tienen mayor probabilidad de practicar la LME [67], otros estudios concuerdan con nuestros resultados [68][69].

El segundo dominio se refiere al capital intangible y a las redes de comunicación. Encontramos que hay diferencias en cuanto a la práctica de la LME, según con quiénes preferían hablar las madres respecto a la alimentación de sus hijos o hijas. Para comprender el porqué de este resultado, futuros estudios deberían recabar información sobre cómo varía el tipo, contenido y forma de transmisión de la información que las madres reciben de distintos actores sociales, y sobre cuáles son las características personales y de la relación interpersonal con los distintos actores.

Los resultados de este estudio indican que los marcos conceptuales propuestos para su formulación han sido útiles para el abordaje inicial de esta problemática, y para avanzar en la profundización de esta temática

buscando respuestas a los interrogantes emergentes, en futuros estudios [55, 58, 59] para informar acciones de prevención.

Resumen de resultados

- El porcentaje de niños con sobrepeso o con obesidad era mayor entre quienes NO habían recibido lactancia materna exclusiva (LME).
- La LME era más prevalente entre madres de menos de 20 años y entre las de bajos ingresos.
- La LME era más prevalente entre madres que habían recurrido a enfermeras o agentes sanitarios para hablar sobre la alimentación de sus hijos/as, en comparación a otros referentes.

BIBLIOGRAFIA

1. WHO. 2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases: prevent and control cardiovascular diseases., 2008-2013 action plan Glob Strateg. 2009.

2. Popkin BM. The nutrition transition and obesity in the developing world. *J Nutr.* 2001;131:871S–873S.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11238777>. Accessed 10 Oct 2017.
3. Kain J, Vio F, Albala C. Obesity trends and determinant factors in Latin America. *Cad Saude Publica.* 2003;19 suppl 1:S77–86.
doi:10.1590/S0102-311X2003000700009.
4. Popkin BM, Adair LS, Ng SW. Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. *Nutr Rev.* 2012;70:3–21.
doi:10.1111/j.1753-4887.2011.00456.x.
5. de Onis M, Blossner M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *Am J Clin Nutr.* 2010;92:1257–64. doi:10.3945/ajcn.2010.29786.
6. Ogden CL, Troiano RP, Briefel RR, Kuczmarski RJ, Flegal KM, Johnson CL. Prevalence of overweight among preschool children in the United States, 1971 through 1994. *Pediatrics.* 1997;99:E1.
doi:10.1542/PEDS.99.4.E1.
7. Amine E, Al-Awadi F. Nutritional status survey of preschool children in Kuwait. *La Rev Sante la Mediterr Orient.* 1996;2:386–95.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/116984/1/emhj_1996_2_3_386_

395.pdf. Accessed 11 Oct 2017.

8. Luo J, Hu F. Time trends of obesity in pre-school children in China from 1989 to 1997 - ProQuest. *Int J Obes Relat Disord.* 2002;26:553–8. <https://search.proquest.com/openview/e67c1d0417d91f08a772d628c1b45564/1?pq-origsite=gscholar&cbl=38864>. Accessed 11 Oct 2017.

9. Vio F, Albala C, Kain J. Nutrition transition in Chile revisited: mid-term evaluation of obesity goals for the period 2000–2010. *Public Health Nutr.* 2008;11:405–12. doi:10.1017/S136898000700050X.

10. Bejarano I, Dipierri J, Alfaro E, Quispe Y, Cabrera G. Evolución de la prevalencia de sobrepeso, obesidad y desnutrición en escolares de San Salvador de Jujuy. *Arch Argent Pediatr.* 2005;103:101–9.

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752005000200003&script=sci_arttext&tlng=pt. Accessed 17 Nov 2017.

11. World Health Organization. *Population-Based Prevention Strategies of Childhood Obesity.* 2010.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44312/1/9789241599344_eng.pdf. Accessed 11 Oct 2017.

12. Deckelbaum R, Williams C. Childhood obesity: the health issue.

Obes Res. 2001.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1038/oby.2001.125/full>. Accessed 2 May 2017.

13. Dietz WH, Gortmaker SL. Preventing Obesity in Children and Adolescents. *Annu Rev Public Health*. 2001;22:337–53.

doi:10.1146/annurev.publhealth.22.1.337.

14. Guo S, Huang C, Demerath E, Towne B et al. Body mass index during childhood, adolescence and young adulthood in relation to adult overweight and adiposity: the Fels Longitudinal Study - ProQuest. *Int J Obes Relat Disord*. 2000;24:1628–35.

<https://search.proquest.com/openview/ced2b82951e71a559d6438eae345853d/1?pq-origsite=gscholar&cbl=38864>. Accessed 11 Oct 2017.

15. Byrne ML, Schwartz OS, Simmons JG, Sheeber L, Whittle S, Allen NB. Duration of Breastfeeding and Subsequent Adolescent Obesity: Effects of Maternal Behavior and Socioeconomic Status. *J Adolesc Heal*. 2018. doi:10.1016/J.JADOHEALTH.2017.10.019.

16. Owen CG, Whincup PH, Kaye SJ, Martin RM, Davey Smith G, Cook DG, et al. Does initial breastfeeding lead to lower blood cholesterol in adult life? A quantitative review of the evidence. *Am J Clin Nutr*.

2008;88:305–14. doi:10.1093/ajcn/88.2.305.

17. Owen CG, Martin RM, Whincup PH, Smith GD, Cook DG. Does breastfeeding influence risk of type 2 diabetes in later life? A quantitative analysis of published evidence. *Am J Clin Nutr.* 2006;84:1043–54. doi:10.1093/ajcn/84.5.1043.

18. O’Dea JA. Gender, ethnicity, culture and social class influences on childhood obesity among Australian schoolchildren: implications for treatment, prevention and community education. *Health Soc Care Community.* 2008;16:282–90. doi:10.1111/j.1365-2524.2008.00768.x.

19. Pajuelo-Ramírez J, Miranda-Cuadros M, Campos-Sánchez M, Sánchez-Abanto J. *Revista Peruana de medicina experimental y salud pública. Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2002;28:222–7. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342011000200008&script=sci_arttext. Accessed 11 Oct 2017.

20. Crawford P, Story M, Wang M, Ritchie L, Sabry Z. Ethnic issues in the epidemiology of childhood obesity. *Pediatr Clin North Am.* 2001;48:855–78. doi:10.1016/S0031-3955(05)70345-X.

21. Anderson SE, Whitaker RC. Prevalence of Obesity Among US Preschool Children in Different Racial and Ethnic Groups. *Arch Pediatr*

Adolesc Med. 2009;163:344. doi:10.1001/archpediatrics.2009.18.

22. Stark MJ, Niederhauser VP, Camacho JM, Shirai L. The prevalence of overweight and obesity in children at a Health Maintenance Organization in Hawai'i. *Hawaii Med J.* 2011;70 7 Suppl 1:27–31.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21886290>. Accessed 31 Oct 2017.

23. Uauy R, Albala C, Kain J. Obesity trends in Latin America: transiting from under- to overweight. *J Nutr.* 2001;131:893S–899S.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11238781>. Accessed 31 Oct 2017.

24. Durán P, Mangialavori G, Biglieri A, Kogan L, Abeyá Gilardon E. Estudio descriptivo de la situación nutricional en niños de 6-72 meses de la República Argentina. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS). *Arch Argent Pediatr.* 2009;107.

[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752009000500005&script=sci_arttext&tlng=en)

[00752009000500005&script=sci_arttext&tlng=en](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752009000500005&script=sci_arttext&tlng=en). Accessed 31 Oct 2017.

25. Bustos P, Muñoz S, Vargas C, Amigo H. Pobreza y procedencia indígena como factores de riesgo de problemas nutricionales de los niños que ingresan a la escuela. *Salud Publica Mex.* 2009;51:187–93.

doi:10.1590/S0036-36342009000300008.

26. WHO. Population-based prevention strategies for childhood obesity: report of a WHO forum and technical meeting, Geneva, 15–17 December 2009. GENEVA; 2009.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44312/1/9789241599344_eng.pdf
f. Accessed 14 Nov 2017.
27. Cecchini M, Sassi F, Lauer JA, Lee YY, Guajardo-Barron V, Chisholm D. Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness. *Lancet*. 2010;376:1775–84.
doi:10.1016/S0140-6736(10)61514-0.
28. Taveras EM, Gortmaker SL, Mitchell KF, Gillman MW. Parental Perceptions of Overweight Counseling in Primary Care: The Roles of Race/ethnicity and Parent Overweight. *Obesity*. 2008;16:1794–801.
doi:10.1038/oby.2008.264.
29. Saha S, Carlsson KS, Gerdtham U-G, Eriksson MK, Hagberg L, Eliasson M, et al. Are Lifestyle Interventions in Primary Care Cost-Effective? – An Analysis Based on a Markov Model, Differences-In-Differences Approach and the Swedish Björknäs Study. *PLoS One*. 2013;8:e80672. doi:10.1371/journal.pone.0080672.
30. Patrick K, Calfas KJ, Norman GJ, Zabinski MF, Sallis JF, Rupp J, et

- al. Randomized Controlled Trial of a Primary Care and Home-Based Intervention for Physical Activity and Nutrition Behaviors. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006;160:128. doi:10.1001/archpedi.160.2.128.
31. Pomietto M, Docter AD, Van Borkulo N, Alfonsi L, Krieger J, Liu LL. Small steps to health: building sustainable partnerships in pediatric obesity care. *Pediatrics.* 2009;123 Suppl 5 Supplement 5:S308-16. doi:10.1542/peds.2008-2780J.
32. Ajzen I, Fishbein M. Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychol Bull.* 1977;84:888–918. doi:10.1037/0033-2909.84.5.888.
33. Montaña DE, Taplin SH. A test of an expanded theory of reasoned action to predict mammography participation. *Soc Sci Med.* 1991;32:733–41. doi:10.1016/0277-9536(91)90153-4.
34. Gillmore MR, Morrison DM, Lowery C, Baker SA. Beliefs about condoms and their association with intentions to use condoms among youths in detention. *J Adolesc Heal.* 1994;15:228–37. doi:10.1016/1054-139X(94)90508-8.
35. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process.* 1991;50:179–211. doi:10.1016/0749-5978(91)90020-T.

36. Ajzen I. From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior. In: Action Control. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 1985. p. 11–39. doi:10.1007/978-3-642-69746-3_2.
37. Ajzen, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behaviour. 1980.
38. Bandura A. Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. *Educ Psychol.* 1993;28:117–48. doi:10.1207/s15326985ep2802_3.
39. Larios SE, Ayala GX, Arredondo EM, Baquero B, Elder J. Development and validation of a scale to measure Latino parenting strategies related to children’s obesigenic behaviors. The parenting strategies for eating and activity scale (PEAS). *Appetite.* 2009;52:166–72. doi:10.1016/J.APPET.2008.09.011.
40. Campbell M, Williams J, Hampton A, Wake M. Maternal concern and perceptions of overweight in Australian preschool’aged children. *Med J Aust Med J Aust.* 2006;20:25–729. www.mja.com.au. Accessed 31 Oct 2017.
41. Eckstein KC, Mikhail LM, Ariza AJ, Thomson JS, Millard SC, Binns HJ, et al. Parents’ perceptions of their child’s weight and health.

Pediatrics. 2006;117:681–90. doi:10.1542/peds.2005-0910.

42. Kersey M, Lipton R, Quinn MT, Lantos JD. Overweight in Latino Preschoolers: Do Parental Health Beliefs Matter. *Am J Health Behav.* 2010;34:340–8. doi:10.5993/AJHB.34.3.9.

43. Onis M. WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatr.* 2007;95:76–85. doi:10.1111/j.1651-2227.2006.tb02378.x.

44. Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes.* 2012;7:284–94. doi:10.1111/j.2047-6310.2012.00064.x.

45. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ.* 2000;320:1240–3. doi:10.1136/BMJ.320.7244.1240.

46. Albrecht SS, Barquera S, Popkin BM. Exploring secular changes in the association between BMI and waist circumference in Mexican-Origin and white women: A comparison of Mexico and the United States. *Am J Hum Biol.* 2014;26:627–34. doi:10.1002/ajhb.22573.

47. Park S-J, Lee H-J. Exclusive breastfeeding and partial breastfeeding reduce the risk of overweight in childhood: A nationwide longitudinal

study in Korea. *Obes Res Clin Pract.* 2018.

doi:10.1016/J.ORCP.2018.01.001.

48. Wang L, Collins C, Ratliff M, Xie B, Wang Y. Breastfeeding Reduces Childhood Obesity Risks. *Child Obes.* 2017;13:197–204.

doi:10.1089/chi.2016.0210.

49. Whaley SE, Koleilat M, Leonard S, Whaley M. Breastfeeding Is Associated With Reduced Obesity in Hispanic 2- to 5-Year-Olds Served by WIC. *J Nutr Educ Behav.* 2017;49 7S2:S144–S150.e1.

doi:10.1016/j.jneb.2017.03.007.

50. Mastroeni MF, Mastroeni SS de BS, Czarnobay SA, Ekwaru JP, Loehr SA, Veugelers PJ. Breast-feeding duration for the prevention of excess body weight of mother–child pairs concurrently: a 2-year cohort study. *Public Health Nutr.* 2017;20:2537–48.

doi:10.1017/S1368980017001239.

51. Owen CG, Martin RM, Whincup PH, Davey-Smith G, Gillman MW, Cook DG. The effect of breastfeeding on mean body mass index throughout life: a quantitative review of published and unpublished observational evidence. *Am J Clin Nutr.* 2005;82:1298–307.

doi:10.1093/ajcn/82.6.1298.

52. Michels KB, Willett WC, Graubard BI, Vaidya RL, Cantwell MM, Sansbury LB, et al. A longitudinal study of infant feeding and obesity throughout life course. *Int J Obes.* 2007;31:1078–85.

doi:10.1038/sj.ijo.0803622.

53. Mangialavori Enrique Abeyá Gilardon Ana Biglieri Guidet Pablo Durán Laura Kogan Se agradece la Lic Elsa Longo G, Dra Elvira Calvo la Dra Ana Balanzat la. ENNyS -La Alimentación de los niños menores de 2 años - La alimentación de los niños menores de 2 años Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud – ENNyS 2010.

<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000258cnt-a09-alimentacion-de-ninos-menores-de-2-anos.pdf>. Accessed 2 Mar 2018.

54. Naumann S, Pinotti L. Lactancia materna y alimentación complementaria en la Quebrada de Humahuaca: una aproximación cualitativa. *Rev Argentina Salud Publica.* 2012;3:6–14.

55. Hannula L, Kaunonen M, Tarkka M-T. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *J Clin Nurs.* 2008;17:1132–43.

56. Yun S, Liu Q, Mertzlufft K, Kruse C, White M, Fuller P, et al. Evaluation of the Missouri WIC (Special Supplemental Nutrition

- Program for Women, Infants, and Children) breast-feeding peer counselling programme. *Public Health Nutr.* 2010;13:229.
57. Mickens AD, Modeste N, Montgomery S, Taylor M. Peer Support and Breastfeeding Intentions Among Black WIC Participants. *J Hum Lact.* 2009;25:157–62.
58. Barth F. *An Anthropology of Knowledge* 1. 2002;43.
59. Kawachi I, Berkman L. Social cohesion, social capital, and health. *Soc Epidemiol.* 2000.
60. Wutich A, McCarty C. Social networks and infant feeding in Oaxaca, Mexico. *Matern Child Nutr.* 2008;4:121–35.
61. Lin N. *Social Capital: A Theory of Social Structure and Action.* Cambridge: Cambridge University Press; 2001.
62. Borgatti, S. P., Everett, M. G., and Johnson JC. *Analyzing social networks.* SAGE Publications Limited; 2013.
63. Fonseca-Becker F, Valente TW. Promoting Breastfeeding in Bolivia: Do Social Networks Add to the Predictive Value of Traditional Socioeconomic Characteristics? *Journal of Health, Population and Nutrition.* 2006;24:71–80.
64. Granovetter MS. The Strength of Weak Ties. *American Journal of*

Sociology. 1973;78:1360–80.

65. Opal Vanessa Buchthal B, Maddock J, James Spencer Kathryn Braun Katie Heinrich Wei Zhang C. THE ROLE OF SOCIAL CAPITAL IN CHANGING DIETARY BEHAVIOR IN A LOW-INCOME MULTI-ETHNIC COMMUNITY. 2012.

https://scholarspace.manoa.hawaii.edu/bitstream/10125/101342/1/Buchthal_Opal_r.pdf. Accessed 19 Mar 2018.

66. Banna JC, Buchthal OV, Delormier T, Creed-Kanashiro HM, Penny ME, Story M, et al. Influences on eating: a qualitative study of adolescents in a periurban area in Lima, Peru. BMC Public Health. 2015;16:40.

67. Flores TR, Nunes BP, Neves RG, Wendt AT, Costa CDS, Wehrmeister FC, et al. [Maternal breastfeeding and associated factors in children under two years: the Brazilian National Health Survey, 2013]. Cad Saude Publica. 2017;33:e00068816. doi:10.1590/0102-311X00068816.

68. Berra S, Sabulsky J, Rajmil L, Passamonte R, Pronsato J, Butinof M. Correlates of breastfeeding duration in an urban cohort from Argentina. Acta Paediatr. 2007;92:952–7. doi:10.1111/j.1651-2227.2003.tb00630.x.

69. Nishioka E, Haruna M, Ota E, Matsuzaki M, Murayama R, Yoshimura K, et al. A prospective study of the relationship between breastfeeding and postpartum depressive symptoms appearing at 1-5 months after delivery. *J Affect Disord.* 2011;133:553–9. doi:10.1016/j.jad.2011.04.027.
70. Lakshman R, Elks CE, Ong KK. Childhood obesity. *Circulation.* 2012;126:1770–9. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.111.047738.
71. Deckelbaum RJ, Williams CL. Childhood Obesity: The Health Issue. *Obes Res.* 2001;9:239S–243S. doi:10.1038/oby.2001.125.
72. Reilly JJ, Wilson D. ABC of obesity. Childhood obesity. *BMJ.* 2006;333:1207–10. doi:10.1136/bmj.39048.503750.BE.
73. de Onis M, Blössner M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *Am J Clin Nutr.* 2010;92:1257–64. doi:10.3945/ajcn.2010.29786.
74. Kain J, Vio F, Albala C. Obesity trends and determinant factors in Latin America. *Cad Saude Publica.* 2003;19 suppl 1:S77–86. doi:10.1590/S0102-311X2003000700009.
75. Barker D, Osmond C. Infant mortality, childhood nutrition, and ischaemic heart disease in England and Wales. *Lancet.* 1986;327:1077–

81. doi:10.1016/S0140-6736(86)91340-1.

76. Hales CN, Barker DJP. The thrifty phenotype hypothesis. *Br Med Bull Br Counc.* 2001;60:5–20.

<https://pdfs.semanticscholar.org/a8c5/6983bb2cdf55769f40f057384b404cd5241e.pdf>. Accessed 31 Oct 2017.

77. Gluckman PD, Hanson MA, Pinal C. The developmental origins of adult disease. *Matern Child Nutr.* 2005;1:130–41. doi:10.1111/j.1740-8709.2005.00020.x.

78. Frazier CRM, Mason P, Zhuang X, Beeler JA. Sucrose Exposure in Early Life Alters Adult Motivation and Weight Gain. *PLoS One.* 2008;3:e3221. doi:10.1371/journal.pone.0003221.

79. Chen H, Simar D, Lambert K, Mercier J, Morris MJ. Maternal and Postnatal Overnutrition Differentially Impact Appetite Regulators and Fuel Metabolism. *Endocrinology.* 2008;149:5348–56.

doi:10.1210/en.2008-0582.

80. King V, Norman JE, Seckl JR, Drake AJ. Post-weaning diet determines metabolic risk in mice exposed to overnutrition in early life. *Reprod Biol Endocrinol.* 2014;12:73. doi:10.1186/1477-7827-12-73.

81. Dietz WH, Benken DE, Hunter AS. Public Health Law and the

Prevention and Control of Obesity. *Milbank Q.* 2009;87:215–27.

doi:10.1111/j.1468-0009.2009.00553.x.

82. Malik VS, Schulze MB, Hu FB. Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review. *Am J Clin Nutr.* 2006;84:274–88.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16895873>. Accessed 31 Oct 2017.

83. Hu FB. Resolved: there is sufficient scientific evidence that decreasing sugar-sweetened beverage consumption will reduce the prevalence of obesity and obesity-related diseases. *Obes Rev.*

2013;14:606–19. doi:10.1111/obr.12040.

84. PAHO. Plan of action for the prevention of obesity in children and adolescents. Washington D.C.; 2014.

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=28890&lang=pt. Accessed 31 Oct 2017.

85. Basu S, McKee M, Galea G, Stuckler D. Relationship of soft drink consumption to global overweight, obesity, and diabetes: a cross-national analysis of 75 countries. *Am J Public Health.* 2013;103:2071–7.

doi:10.2105/AJPH.2012.300974.

86. Jimenez-cruz A, Bacardi-gascon M, Pichardo-osuna A, Mandujano-trujillo Z, Castillo-ruiz O. < *Obes Rev.* 2010;11:393.

<https://insights.ovid.com/obesity-reviews/obesr/2010/07/001/infant-feeding-practices-obesity-amongst-low/1229/00134512>. Accessed 31 Oct 2017.

87. O'Connor TM, Yang S-J, Nicklas TA. Beverage intake among preschool children and its effect on weight status. *Pediatrics*. 2006;118:e1010-8. doi:10.1542/peds.2005-2348.

88. Dennison BA, Rockwell HL, Baker SL. Excess Fruit Juice Consumption by Preschool-aged Children Is Associated With Short Stature and Obesity. *Pediatrics*. 1997;99.

89. Faith MS, Dennison BA, Edmunds LS, Stratton HH. Fruit juice intake predicts increased adiposity gain in children from low-income families: weight status-by-environment interaction. *Pediatrics*. 2006;118:2066–75. doi:10.1542/peds.2006-1117.

90. Skinner JD, Carruth BR. A longitudinal study of children's juice intake and growth: The juice controversy revisited. *ProQuest*. 2001;101:432–7.

<https://search.proquest.com/openview/c4c0b13e0e3ff2f7d2a0eb5eb643acd2/1?pq-origsite=gscholar&cbl=49142>. Accessed 14 Nov 2017.

91. Newby P, Peterson KE, Berkey CS, Leppert J, Willett WC, Colditz

- GA. Beverage consumption is not associated with changes in weight and body mass index among low-income preschool children in North Dakota. *J Am Diet Assoc.* 2004;104:1086–94. doi:10.1016/J.JADA.2004.04.020.
92. Fiorito LM, Marini M, Francis LA, Smiciklas-Wright H, Birch LL. Beverage intake of girls at age 5 y predicts adiposity and weight status in childhood and adolescence. *Am J Clin Nutr.* 2009;90:935–42. doi:10.3945/AJCN.2009.27623.
93. Pérez-Morales E, Bacardí-Gascón M, Jiménez-Cruz A. Sugar-sweetened beverage intake before 6 years of age and weight or BMI status among older children; systematic review of prospective studies. *Nutr Hosp.* 2013;28. <http://www.redalyc.org/html/3092/309226055006/>. Accessed 31 Oct 2017.
94. Dubois L, Farmer A, Girard M, Peterson K. Regular Sugar-Sweetened Beverage Consumption between Meals Increases Risk of Overweight among Preschool-Aged Children. *J Am Diet Assoc.* 2007;107:924–34. doi:10.1016/J.JADA.2007.03.004.
95. Welsh JA, Cogswell ME, Rogers S, Rockett H, Mei Z, Grummer-Strawn LM. Overweight among low-income preschool children associated with the consumption of sweet drinks: Missouri, 1999-2002.

Pediatrics. 2005;115:e223-9. doi:10.1542/peds.2004-1148.

96. Kral TVE, Stunkard AJ, Berkowitz RI, Stallings VA, Moore RH, Faith MS. Beverage Consumption Patterns of Children Born at Different Risk of Obesity. *Obesity*. 2008;16:1802–8. doi:10.1038/oby.2008.287.

97. Lim S, Zoellner JM, Lee JM, Burt BA, Sandretto AM, Sohn W, et al. Obesity and Sugar-sweetened Beverages in African-American Preschool Children: A Longitudinal Study. *Obesity*. 2009;17:1262–8.

doi:10.1038/oby.2008.656.

98. Piernas C, Barquera S, Popkin BM. Current patterns of water and beverage consumption among Mexican children and adolescents aged 1–18 years: analysis of the Mexican National Health and Nutrition Survey 2012. *Public Health Nutr*. 2014;17:2166–75.

doi:10.1017/S1368980014000998.

99. Drewnowski A, Rehm CD, Constant F. Water and beverage consumption among children age 4-13y in the United States: analyses of 2005–2010 NHANES data. *Nutr J*. 2013;12:85. doi:10.1186/1475-2891-12-85.

100. Institute of Medicine of the National Academies. Dietary Reference Intakes for Water, Potassium, Sodium, Chloride, and Sulfate | The

National Academies Press. Washington DC; 2005.

<https://www.nap.edu/download/10925>. Accessed 14 Nov 2017.

101. Muckelbauer R, Sarganas G, Grüneis A, Müller-Nordhorn J.

Association between water consumption and body weight outcomes: a systematic review. *Am J Clin Nutr.* 2013;98:282–99.

doi:10.3945/ajcn.112.055061.

102. Muckelbauer R, Libuda L, Clausen K, Toschke AM, Reinehr T,

Kersting M. Promotion and Provision of Drinking Water in Schools for Overweight Prevention. *Nutr Today.* 2012;47:S27–34.

doi:10.1097/NT.0b013e318264ef5b.

103. de Ruyter JC, Olthof MR, Seidell JC, Katan MB. A Trial of Sugar-

free or Sugar-Sweetened Beverages and Body Weight in Children. *N Engl J Med.* 2012;367:1397–406. doi:10.1056/NEJMoa1203034.

104. Transportation Research Board I of M and NRC. Local Government

Actions to Prevent Childhood Obesity. Washington, D.C.: National Academies Press; 2009. doi:10.17226/12674.

105. Atinmo T, Byers MPH T, Cavill MPH N, Chen J, Hirohata

DrScHyg T, Jackson CBE FRCP FRCPC A, et al. Policy and action for cancer prevention. Washington DC; 2002. www.aicr.org. Accessed 14

Nov 2017.

106. Malik VS, Popkin BM, Bray GA, Després J-P, Hu FB. Sugar-sweetened beverages, obesity, type 2 diabetes mellitus, and cardiovascular disease risk. *Circulation*. 2010;121:1356–64. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.109.876185.

107. Vartanian LR, Schwartz MB, Brownell KD. Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. *Am J Public Health*. 2007;97:667–75. doi:10.2105/AJPH.2005.083782.

108. Bachman CM, Baranowski T, Nicklas TA. Is There an Association Between Sweetened Beverages and Adiposity? *Nutr Rev*. 2006;64:153–74. doi:10.1111/j.1753-4887.2006.tb00199.x.

109. Malik VS, Willett WC, Hu FB. Global obesity: trends, risk factors and policy implications. *Nat Rev Endocrinol*. 2012;9:13–27. doi:10.1038/nrendo.2012.199.

110. Johnson RK, Appel LJ, Brands M, Howard B V, Lefevre M, Lustig RH, et al. Dietary sugars intake and cardiovascular health: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2009;120:1011–20. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192627.

111. Qi Q, Chu AY, Kang JH, Jensen MK, Curhan GC, Pasquale LR, et al. Sugar-Sweetened Beverages and Genetic Risk of Obesity. *N Engl J Med*. 2012;367:1387–96. doi:10.1056/NEJMoa1203039.

112. Padula G, Salceda SA. Comparación entre referencias de las prevalencias de sobrepeso y obesidad, estimadas a través del Índice de Masa Corporal, en niños de Argentina. *Arch Latinoam Nutr Organo Of la Soc Latinoam Nutr*. 2008;58.

<https://search.proquest.com/openview/a00b0c2666f115fa74d61cf7c9ae9b7d/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2032499>. Accessed 31 Oct 2017.

113. Meyer E, Carrillo R, Román EM, Bejarano IF, Alfaro EL, Dipierri JE. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares jujeños de diferente nivel altitudinal según las referencias IOTF, CDC y OMS. *Arch Argent Pediatr*. 2013;111:516–22. doi:10.5546/aap.2013.516.

114. World Health Organization. Report of the First Meeting of the Ad hoc Working Group on Science and Evidence for Ending Childhood Obesity 18 – 20 June 2014. Geneva, Switzerland; 2014.

www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html. Accessed 31 Oct 2017.

115. *Mundial De La O, Ginebra S. OMS, Serie de Informes Técnicos 916*

DIETA, NUTRICIÓN Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

CRÓNICAS. <http://www.fao.org/3/a-ac911s.pdf>. Accessed 18 Nov 2017.

116. Red Global del Fondo Mundial para la Investigación del Cáncer. Alimentos, nutrición, actividad física y la prevención del cancer: una perspectiva global. Washington D.C.

<http://www.wcrf.org/sites/default/files/spanish.pdf>. Accessed 18 Nov 2017.

117. OPS. OPS OMS | Plan de Acción para la Prevención y Control de la Obesidad en Niños y Adolescentes. Washington D.C.

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11373&Itemid=41740&lang=es. Accessed 18 Nov 2017.

118. Ministerio de Salud de la Nación A. Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes. 2013.

<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000377cnt-sobrepeso-y-obesidad-en-ninios.pdf>. Accessed 21 Nov 2017.

119. UNICEF, Ministerio de Salud de la Nación, OMS O. Lactancia, promoción y apoyo en un hospital amigo de la madre y del niño. Buenos Aires, Argentina; 2013.

https://www.unicef.org/argentina/spanish/salud_lactancia_2014.pdf.

Accessed 19 Mar 2018.

120. Curso Taller: " Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna en Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño "; https://www.unicef.org/peru/spanish/Libro_promocion_y_apoyo_a_la_Lactancia.pdf. Accessed 19 Mar 2018.