



Trabajo Original

Ansiedad en presencia de alimentos en escolares de Baja California Sur *Anxiety in the presence of food in schoolchildren of Baja California Sur*

Andrea Socorro Álvarez-Villaseñor¹, Uriel Flores-Osuna², Juana Sara Torres-Barrera², Raquel Flores-Torrecillas², Clotilde Fuentes Orozco³, Laura Lizeth Reyes Aguirre³, Francisco José Barbosa Camacho³, Mariana Chávez Tostado⁴, Bertha Georgina Guzmán Ramírez³ y Alejandro González Ojeda³

¹Coordinación de Planeación y Enlace institucional. Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas. Delegación IMSS-BCS. La Paz. BCS, México. ²HGZ#1 Delegación IMSS-BCS. La Paz. BCS, México. ³Unidad de Investigación Biomédica 02. Unidad Médica de Alta Especialidad UMAE. Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional de Occidente IMSS. Guadalajara, Jalisco. México. ⁴Departamento de Clínicas de la Reproducción Humana, Crecimiento y Desarrollo Infantil. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco. México

Resumen

Introducción: muchos niños obesos serán adultos obesos a menos que adopten y mantengan patrones saludables de alimentación y actividad física. Se han descrito: ansiedad en niños con sobrepeso y obesidad en ambientes de familias disfuncionales, repercusión en la calidad de vida y riesgo de algún desorden alimenticio.

Objetivo: identificar la ansiedad en presencia de alimentos en escolares de Baja California Sur.

Material y métodos: estudio de tipo encuesta transversal en 406 escolares de 8 a 13 años de edad; se realizó un cálculo del estado nutricional y se efectuó una medición del test de actitudes hacia la alimentación (punto de corte de > 20); se recopilaron el nivel socioeconómico, el tipo de familia y la ingesta de comida chatarra. Se realizó una estadística descriptiva con medidas de asociación mediante la prueba t de Student y prueba de χ^2 . Se obtuvieron el consentimiento informado de los padres y el asentimiento del menor.

Resultados: se evaluaron 406 escolares con edades de $10,4 \pm 1,2$. El 53 % presentaron peso saludable, el 44 % sobrepeso y obesidad, y el 3 % bajo peso. Predominó la familia funcional con un 67 %. Se constató un nivel socioeconómico medio en el 64 %. El 94 % consumen alimentos chatarra. Existe asociación entre ansiedad en presencia de alimentos y nivel socioeconómico, y entre ansiedad en presencia de alimentos y estado nutricional ($p = 0,01$). En los escolares con sobrepeso y obesidad no se encontró asociación entre las variables del estudio. Existe ansiedad en presencia de alimentos en el 40 % por factores externos, en el 5 % por cansancio o aburrimiento y en el 11 % por sentimientos negativos.

Conclusión: existe asociación entre ansiedad, nivel socioeconómico y estado nutricional. La ansiedad en presencia de alimentos se presentó en el 54,7 % de los casos.

Palabras clave:

Ansiedad. Sobrepeso. Obesidad infantil.

Abstract

Introduction: many obese children will be obese adults unless they adopt and maintain healthy eating and physical activity patterns. Anxiety has been described in overweight and obese children with dysfunctional family environments, with impact on their quality of life; risk for some eating disorder was also found.

Objective: to identify anxiety in the presence of food in schoolchildren in Baja California Sur.

Material and methods: a cross-sectional study in 406 schoolchildren, from 8 to 13 years of age, was performed: nutritional status calculation, measurements of attitudes towards food (cut-off point > 20), socioeconomic level, type of family, and intake of junk food were collected. Descriptive statistics and association measures were performed using Student's t-test and the chi-squared test. Parents provided their informed consent, and children provided their assent.

Results: a total of 406 schoolchildren were evaluated, with ages of 10.4 ± 1.2 . Of these, 53 % had healthy weight, 44 % had overweight or obesity, and 3 % were underweight. Functional families predominated at 67 %. A middle socioeconomic level was found in 64 %. In all, 94 % consumed junk food. There is an association between anxiety in the presence of food and socioeconomic status, and anxiety in the presence of food and nutritional status ($p = 0.01$). In overweight and obese schoolchildren no association was found between study variables. There is anxiety in the presence of food in 40 % of the sample due to external factors, in 5 % because of tiredness or boredom, in 11 % because of negative feelings.

Conclusion: there is an association between anxiety, socioeconomic status, and nutritional status. Anxiety in the presence of food occurred in 54.7 % of cases.

Keywords:

Anxiety. Overweight. Childhood obesity.

Recibido: 14/02/2020 • Aceptado: 14/03/2020

Financiamiento: Con recursos propios de la institución.

Conflicto de intereses: Los autores declaran ningún conflicto de interés.

Álvarez-Villaseñor AS, Flores-Osuna U, Torres-Barrera JS, Flores-Torrecillas R, Fuentes Orozco C, Reyes Aguirre LL, Barbosa Camacho FJ, Chávez Tostado M, Guzmán Ramírez BG, González Ojeda A. Ansiedad en presencia de alimentos en escolares de Baja California Sur. *Nutr Hosp* 2020;37(4):692-697

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.03044>

Correspondencia:

Alejandro González Ojeda. Unidad de Investigación Biomédica 02. Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional de Occidente. Instituto Mexicano del Seguro Social. Belisario Domínguez #1000, Col. Independencia. 44340 Guadalajara, Jalisco. México
e-mail: avygail5@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Por grupos de edad, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) estimó para el año 2018, en México, que la prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años, utilizando los criterios de la International Obesity Task Force (IOTF), fue de alrededor del 32,8 % en las niñas y el 33,7 % en los niños, lo que representa por lo menos 15,803,900 escolares de entre 5 y 11 años en el ámbito nacional con sobrepeso u obesidad (1).

Estudios psicológicos y de las ciencias sociales han encontrado que las conductas alimentarias de riesgo en los niños y adolescentes son multifactoriales y se pueden medir a través de la observación de las mismas. Existen estudios relacionados en que la ansiedad es el trastorno con mayor presencia en niños con obesidad, que también pueden presentar otros problemas emotivos, exacerbados cuando prevalece el conflicto parental. Pompa Guajardo y cols. encontró que los niños con sobrepeso y obesidad tenían un riesgo más alto de presentar dificultades de adaptación emocional en la adultez. Además, el género femenino mostró una alta incidencia de trastornos del estado emocional y de ansiedad en la vida adulta (2).

El estudio del sobrepeso/obesidad y su influencia sobre las emociones en etapas tempranas de la vida pretende realizar una identificación oportuna y permitir el manejo emocional de los niños, considerados población vulnerable y dependiente en su totalidad del ambiente familiar de influencia. López Morales y cols., en Sonora en 2013, encontró un 27 % de depresión entre los escolares con sobrepeso y obesidad (3).

Es importante realizar las intervenciones correctas por parte del equipo de salud para mejorar la salud de los niños obesos y con sobrepeso, ya que la Organización Mundial de la Salud estimó para el año 2016 más de 340 millones de niños y adolescentes (de 5 a 19 años) con sobrepeso u obesidad, además de millones de menores de cinco años con obesidad o con sobrepeso, de los cuales casi 35 millones viven en países desarrollados (4).

En edades tempranas, la prevalencia del sobrepeso y la obesidad puede ir desde el 17 % al 34 % en los niños mexicanos que acuden a guarderías, correlacionados con los factores dietéticos que se ofrecen a los menores (5,6).

Dentro de la población adolescente, uno de cada tres jóvenes de entre 12 y 19 años presenta sobrepeso; además, la ENSANUT estima una mortalidad anual de 2.6 millones de personas como consecuencia del sobrepeso y la obesidad (4). Este fenómeno es multifactorial y en él las conductas alimentarias de los menores se ven influenciadas por diversos factores de orden social, económico y emocional. El objetivo de este estudio es identificar la ansiedad en presencia de alimentos entre escolares de Baja California Sur.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional de tipo trasversal, realizado en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar nº 1 durante los meses de

mayo-julio de 2017 en los servicios de primer nivel de atención de medicina preventiva en escuelas primarias de La Paz, Baja California Sur.

Se invitó a participar a niños de edad escolar y se les clasificó según el estado nutricional (peso bajo, peso saludable, sobrepeso, obesidad) mediante el cálculo del IMC (índice de masa corporal), de acuerdo con los percentiles de los CDC (<http://nccd.cdc.gov/dnpabmi/ui/es/Calculator.aspx?CalculatorType=Metric>) sobre la base de los siguientes datos: fecha de nacimiento, fecha de la medición, sexo del menor, estatura en cm y peso en kg. El peso y la talla se tomaron con báscula con estadímetro calibrado, sin calzado y en ropa ligera. A todos los participantes se les realizó el test de actitudes de alimentación, que se ha utilizado en la población latina infantil de 6 a 12 años y tiene una fiabilidad de 0,9 en los diversos escenarios en que se ha empleado. La evaluación consta de tres factores: 1) cansancio y aburrimiento; 2) sentimientos negativos, y 3) factores externos. Su validez, de acuerdo con lo reportado, es mayor si se realiza en los niños que en ese momento ya hayan saciado el hambre, por lo que se realizó al finalizar el recreo y cuando ya habían tomado el *lunch*.

Se consideró como positivo un puntaje de 20 o mayor para la presencia de ansiedad en relación con la alimentación. En la prueba preliminar se eliminaron las encuestas de los niños de 5 a 7 años, ya que la confiabilidad en este grupo de edad fue menor de 0,6, lo que se atribuyó a la comprensión lectora de los ítems. El nivel socioeconómico se clasificó de acuerdo con el modelo AMAI/NSE 8X7 (Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión/Índice de Niveles Socioeconómicos). El tipo de familia se obtuvo de la clasificación realizada y validada por los docentes de la información existente en el expediente de cada alumno. La ingesta de comida chatarra se definió como la ingesta dos o más veces a la semana de alimentos enlatados o con envoltura plástica de bajo valor nutritivo, que poseen altos contenidos de azúcares, harinas o grasas, tales como botanas, refrescos, pastelillos, dulces o cereales refinados.

El análisis descriptivo se realizó mediante el cálculo de promedios y desviaciones estándar para las variables cuantitativas, y mediante números crudos y porcentajes para las variables cualitativas. La inferencia estadística se realizó con la prueba paramétrica de la *t* de Student para muestras independientes, y con la prueba de χ^2 o exacta de Fisher (o ambas), respectivamente. Se calcularon las razones de momios y los intervalos de confianza del 95 % de las diferentes variables consideradas como factores de riesgo. Se utilizó el programa SPSS versión 21.0 para Windows. Este trabajo de investigación se llevó a cabo de acuerdo con el marco jurídico de la Ley General en Salud, que clasifica la investigación como de riesgo mínimo. Se obtuvieron el consentimiento informado de los padres y el asentimiento del menor. El estudio fue autorizado por el comité local de investigación, obteniendo el número de registro "R-2016-301-14". No hubo conflictos de interés económico entre los investigadores. El proyecto no requirió financiamiento para su ejecución.

RESULTADOS

Se analizó una muestra de 406 niños escolares (202 varones y 204 mujeres) de 8 a 13 años, con una media de edad de $10,4 \pm 1,2$ años, que pertenecen a una población de 1482 adscritos a medicina familiar de este mismo grupo de edad en La Paz, Baja California Sur. De acuerdo con el estado nutricional, de manera global, el 44 % presentaron sobrepeso u obesidad, el 53 % peso saludable y el 3 % bajo peso.

Con base en la encuesta aplicada, se encontró que predominaba el tipo de familia funcional (67 %), presentando un nivel socioeconómico medio el 64 % de los casos. La ingesta de comida chatarra fue positiva para el 94 % de los niños y la presencia de rasgos positivos de ansiedad en presencia de alimentos se detectó en 222 de los participantes (54,7 %), como se observa en la tabla I.

Cuando se analiza la muestra desde el punto de vista de la presencia de ansiedad, el nivel socioeconómico presentó una asociación significativa ($p = 0,01$), al igual que el estado nutricional ($p = 0,01$), sin hallarse diferencias para el tipo de familia y la ingesta de comida chatarra, como puede observarse en la tabla II.

En cuanto al comportamiento de las variables al analizar el subgrupo con sobrepeso/obesidad y la presencia de ansiedad, no se encuentran diferencias en términos de género, ingesta de comida chatarra y nivel socioeconómico (Tabla III).

De acuerdo con los factores que evalúan la ansiedad en presencia de alimentos, más del 40 % contestaron que siempre empiezan a comer o continúan comiendo si la comida huele o sabe bien, o si los demás siguen comiendo (factores externos), a diferencia del 5 % que siempre empiezan a comer o continúan comiendo por cansancio o aburrimiento, o el 11 % que siempre empiezan a comer o continúan comiendo al presentar sentimientos negativos (frustrados o enojados) (Fig. 1).

Tabla I. Estadística descriptiva del grupo de estudio; $n = 406$

Variables numéricas	Media	Desviación estándar
Edad (años)	10,4	1,2
Peso (kg)	43,0	13,0
Talla (cm)	144	9,8
IMC (kg/m ²)	21,24	14,5
Variables cualitativas	Frecuencia	Porcentaje
<i>Género</i>		
Masculino	202	49,8
Femenino	204	50,2
<i>Nivel socioeconómico</i>		
Bajo	145	35,7
Medio	259	63,7
Alto	2	0,49
<i>Estado nutricional</i>		
Bajo peso	13	3,2
Peso saludable	217	53,4
Sobrepeso	100	24,6
Obesidad	76	18,7
<i>Tipo de familia</i>		
Funcional	267	65,7
Disfuncional	139	34,2
<i>Ingesta de comida chatarra</i>		
Sí	382	94
No	24	6
<i>*Ansiedad en presencia de alimentos</i>		
Sí	222	54,7
No	184	45,3

*Test de actitudes de alimentación.

Tabla II. Asociación de la ansiedad con las variables del estudio; $n = 406$

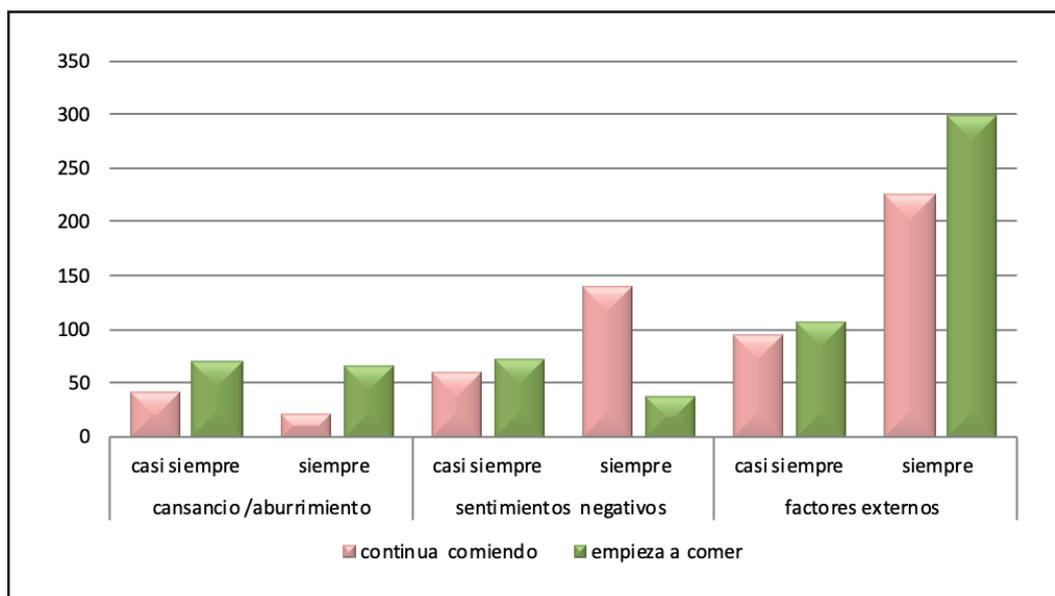
Variable	Ansiedad [‡]		Valor de p* (OR; IC 95 %)	
	Sí (n = 222)	No (n = 184)		
Género	Masculino	120 (54 %)	0,06 (1,4; 0,98-2,1)	
	Femenino	102 (46 %)		
Estado nutricional	Bajo peso/saludable	138 (62,2 %)	0,01 (1,6; 1,1-2,4)	
	Sobrepeso/obesidad	84 (37,8 %)		
Nivel socioeconómico	Bajo	91 (41 %)	0,01 (0,74; 0,58-0,95)	
	Medio	131 (59 %)		
Tipo de familia	Funcional	143 (64,4 %)	0,52 (0,87; 0,58-1,3)	
	Disfuncional	79 (35,6 %)		
Ingesta de comida chatarra	Sí	209 (94,1 %)	0,95 (1,02; 0,44-2,3)	
	No	13 (5,9 %)		
Edad	Promedio	$10,4 \pm 1,1$	$10,5 \pm 1,35$	0,13 [†]

*Prueba del chi cuadrado; [†]Prueba t de Student; [‡]Test de actitudes de alimentación.

Tabla III. Estadística inferencial: grupo con sobrepeso/obesidad; n = 176

Variable de agrupación		Ansiedad		Valor de p* (IC 95 %)
		Sí (n = 84)	No (n = 92)	
Edad	Años cumplidos	10,3 ± 1,0	10,5 ± 1,5	0,49 [†]
Género	Masculino	41 (48,8 %)	38 (41,3 %)	0,31 (1,3; 0,74-2,4)
	Femenino	43 (51,2 %)	54 (58,7 %)	
Nivel socioeconómico	Bajo	33 (39,3 %)	26 (28,3 %)	0,12 (1,6; 0,87-3,0)
	Medio	51 (60,7 %)	66 (71,7 %)	
Tipo de familia	Funcional	51 (60,7 %)	65 (70,7 %)	0,16 (0,64; 0,34-1,2)
	Disfuncional	33 (39,3 %)	27 (29,3 %)	
Ingesta de comida chatarra	Sí	80 (95,2 %)	86 (93,5 %)	0,61 (1,39; 0,38-5,1)
	No	4 (4,8 %)	6 (6,5 %)	

*Prueba del chi cuadrado; [†]Prueba t de Student; [‡]Test de actitudes de alimentación.

**Figura 1.**

Comparación de la frecuencia de ingesta de alimentos según los factores desencadenantes; n = 406.

DISCUSIÓN

La prevalencia de sobrepeso y obesidad encontrada en este estudio fue del 43 %, superando la prevalencia nacional (8).

En los últimos años se ha incrementado la preocupación por la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en la edad infantil ya que, además de las complicaciones físicas a las que se exponen los niños, esta se ha asociado a afectaciones de los aspectos sociales y del comportamiento. Estudios psicosociales describen que la población con obesidad y sus progenitores no sienten responsabilidad por el autocuidado de la salud y el control del peso

corporal, lo que va asociado al nivel socioeconómico y educativo de la madre (9).

Relacionado con lo anterior, dentro de los factores modificables que influyen en la presencia de sobrepeso y obesidad en los niños se encuentra el tabaquismo de los padres, el peso al nacer y no cenar en familia, aun a pesar del nivel socioeconómico de los padres, lo que se ha demostrado en 2 cohortes de seguimiento de más de 20.000 niños (EE.UU. y Dinamarca) (10,11).

Existen estudios que evalúan a los menores, incluso desde los 5 años, con los test de actitudes hacia la alimentación, donde la ingesta de alimentos medida en calorías es el doble en los niños

con factores de riesgo para la obesidad (padres, ambiente y genéticos) que en aquellos que tienen un riesgo bajo (12).

En esta revisión, la ingesta de alimentos y de comida chatarra se encontró en el 94 % de la población, independientemente del índice de masa corporal.

Los factores externos evaluados con el test de actitudes hacia la alimentación fueron los más comúnmente señalados por los escolares para empezar a comer o seguir comiendo aun en ausencia de hambre. Esta conducta puede obedecer al ambiente obesogénico al que se encuentran expuestos.

Durante el crecimiento normal de los niños existen conductas que los padres deben entender como parte del proceso normal, no obligándolos a comer, como la alimentación selectiva o el evitar ciertos tipos de alimentos que no se asocian a cuadros de ansiedad; esta conducta es normal siempre y cuando no repercuta en el crecimiento y desarrollo del menor. Los padres y médicos que llevan el control son los responsables de identificar aquellas conductas atípicas en la alimentación que puedan impedir un desarrollo adecuado (13).

Vaitkevičiūtė describió en la cohorte de la World Health Organization European Childhood Obesity Surveillance Initiative (WHO-COSI), sobre 3969 cuidadores de niños lituanos en edad escolar, que los factores relacionados con el incremento del índice de masa corporal son el control de los alimentos poco saludables, la utilización de los alimentos como recompensa o castigo y restar importancia a la hora de comer en familia (14).

Estudios dirigidos a la conducta alimentaria de las madres han demostrado que sí identifican que sus hijos pueden comer en exceso, pero están confiadas en que podrán tener el control cuando lo decidan; esto hace que estas conductas aprendidas sean difíciles de corregir una vez instauradas (12).

Existen múltiples test para trastornos alimenticios adaptados a la edad pediátrica, como el Test de Actitudes hacia la Alimentación, validado en la población latina (7), donde la búsqueda primordial es la anorexia y la bulimia. De los resultados obtenidos en este estudio no se descarta esa posibilidad en alguno de los casos. Sin embargo, se hace hincapié en que los factores sociales externos, es decir, la presión de los padres o del entorno de convivencia influye en que los niños sigan comiendo aun sin hambre. Baskind y cols. analizaron a 689 padres, quienes reportaron que, a mayor presencia de estrés, la posibilidad de la ingesta de comida rápida en sus hijos adolescentes aumenta hacia más veces por semana, a diferencia de aquellos que percibieron menores niveles de estrés, tendiendo el menor estrés a inducir una mayor actividad física durante los 7 días de la semana (15).

La presión externa para comer aun sin hambre por parte de los padres ha sido objeto de estudio, al comparar dicha conducta en las madres según la generación a la que pertenecen. Xiong R comparó las madres de la generación X frente a las "millennials" y encontró que esta últimas ejercen menos presión a los hijos, comen más veces a la semana en familia y tienen más expectativas positivas en conductas saludables frente a los controles de la generación X, sin llegar a ser la diferencia significativa (16).

El papel de los padres como cuidadores y formadores en la edad escolar está relacionado con este hallazgo. Walsh y cols. analizaron la autoeficacia de los padres para promover ingestas saludables en los menores y así disminuir el riesgo de sobrepeso y obesidad, y hallaron que, sin embargo, estas conductas de los padres van disminuyendo conforme los hijos crecen (17).

El nivel socioeconómico que marca la diferencia en este estudio fue el calificado como medio; existen estudios que relacionan el nivel socioeconómico bajo con la menor integración familiar para realizar actividades saludables, como es el caso de la alimentación y el ejercicio (18).

Además del cuidado familiar, el modelo preventivo del Estado, recomendado de manera global, debe contemplar el seguimiento del crecimiento, el peso y la talla desde el nacimiento de los niños, y ser el facilitador para que el personal de salud cuente con las herramientas necesarias para su vigilancia y poder intervenir en caso necesario (19).

El entorno cultural es difícil de incidir, sin embargo, las estrategias de educación para la salud en edades tempranas, y el cambio de los patrones de conducta de la familia en cuanto a estilos de vida saludable, deben partir no solo del seno familiar y escolar sino de políticas públicas que refuercen y consoliden los avances en materia de salud alimentaria.

La presencia de rasgos positivos de ansiedad en presencia de alimentos se presentó en más de la mitad de los participantes. Más frecuentemente debido a factores externos que emocionales.

Se encontraron diferencias significativas en el estado nutricional, el nivel socioeconómico y la ansiedad en presencia de alimentos.

Los maestros y padres de familia deben estar alerta durante la edad escolar y orientar la conducta alimentaria de los niños. Esto es complejo, al requerir educación para la salud de padres, maestros y ambiente en general; ello llevaría a que las políticas de salud fueran efectivas más allá de su publicación.

Aun cuando sea en menor porcentaje, los niños que presentaron rasgos de ansiedad por cansancio o aburrimiento, o por frustración o enojo, el realizar este tipo de test alertan también sobre la presencia de posibles desórdenes alimenticios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shamah T, Cuevas L, Gaona EB, Gómez LM, Morales MC, Hernández M. Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en México, actualización de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. *Salud Pública Mex* 2018;60:244-53. DOI: 10.21149/8815
2. Pompa E, Meza C. Manifest anxiety in overweight and obese adolescents. *Revista Tesis Psicológica* 2014;9:162-72.
3. López C, López A, González R, Brito O, Rosales E, Palomares G. Estructura familiar y estado de nutrición en adolescentes de Sonora, México. *Rev méd Chile* 2016;144(2):181-7. DOI: 10.4067/S0034-98872016000200006
4. OMS. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva; 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.
5. Álvarez A, George V. Sobrepeso y obesidad en niños de guarderías. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2014;52(6):606-9.

6. Martínez L, Castellanos M, Díaz X, Monge I, Pérez I, Matías D, et al. Relación entre indicadores antropométricos-factores dietéticos en niños de 1 a 3 años adscritos a una estancia infantil en la ciudad de Oaxaca, México. *JONNPR* 2017;2(1):3-7.
7. Morales P, Santos J, González A, Ho J, Hodgson M. Validación factorial de un cuestionario para medir la conducta de comer en ausencia de hambre y su asociación con obesidad infantil. *Rev chil pediatr* 2012;83(5):431-7. DOI: 10.4067/S0370-41062012000500004
8. Núñez H, Campos N, Alfaro V, Holst I. Las creencias sobre obesidad de niños y niñas en edad escolar y las de sus progenitores *Actualidades Investigativas en Educación* 2013;13(2):1-30.
9. Garibotti G, Vasconi C, Ferrari A, Giannini G, Comar H, Schnaiderman D. Percepción parental de la salud psicofísica, estado nutricional y salud bucal, en relación con características sociodemográficas en niños de Bariloche, Argentina: estudio epidemiológico. *Arch argent Pediatr* 2015;113(5):411-8.
10. Williams A, Ge B, Petroski G, Kruse R, McElroy J, Koopman R. Socioeconomic Status and Other Factors Associated with Childhood Obesity. *J Am Board Fam Med* 2018;31:514-21. DOI: 10.3122/jabfm.2018.04.170261
11. Rotevatn T, Overgaard Ch, Melendez G, Mortensen R, Rosenkilde L, Balling A, et al. Infancy weight gain, parental socioeconomic position. *BMC Public Health* 2019;19(1209):1-13.
12. Núñez H, Campos N, Alfaro F, Schumacher H. las creencias sobre obesidad de niños y niñas en edad escolar y las de sus progenitores. *Actualidades investigativas en educación* 2013;13(2):1-30.
13. Equit M, Meike P, Becker N, Moritz A, Becker S, Von Gontard A. Eating problems in young children – a population-based study. *Acta paediatrica* 2013;102:149-55. DOI: 10.1111/apa.12078
14. Vaitkeviciūtė J, Petrauskienė A. The Associations between Body Mass Index of Seven and Eight-Year-Old Children, Dietary Behaviour and Nutrition-Related Parenting Practices. *Medicina* 2019; 55(24):1-15. DOI: 10.3390/medicina55010024
15. Baskind M, Taveras E, Gerber M, Fiechtner L, Horan C, Sharifi M. Parent-Perceived Stress and Its Association With Children's Weight and Obesity-Related Behaviors. *Prev Chronic Dis* 2019;16:1-9. DOI: 10.5888/pcd16.180368
16. Xiong R, Spaccarotella K, Quick V, Byrd C. Generational Differences: A Comparison of Weight-Related Cognitions and Behaviors of Generation X and Millennial Mothers of Preschool Children. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16:24-31. DOI: 10.3390/ijerph16132431
17. Walsh A, Hesketh K, Hnatiuk J, Campbell K. Paternal self-efficacy for promoting children's obesity protective diets and associations with children's dietary intakes. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2019;16(53):1-8. DOI: 10.1186/s12966-019-0814-5
18. Zambrano G, Otero Y, Rodríguez S. Factores de riesgo relacionados con la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes. *Revista Ciencia y Cuidado* 2015;12(2):72-86. DOI: 10.22463/17949831.510
19. Zhenga A, Cretikos M. How can health services strengthen support for children affected by overweight and obesity, and their families? *Public Health Research & Practice* 2019;29(1):e2911903. DOI: 10.17061/phrp2911903