

Prevención de la obesidad infantil: aportes desde las ciencias sociales para la intervención

Preventing childhood obesity: contributions from the social sciences to intervention

Lic. Muriel Lamarque^a y Dra. Alicia B. Orden^{a,b}

RESUMEN

La programación e implementación de políticas de salud para la prevención del sobrepeso y la obesidad se han centrado, clásicamente, en la difusión de mensajes concretos, que identifican los alimentos saludables y resaltan la importancia de la actividad física. A pesar de los esfuerzos recurrentes, las prevalencias en la población adulta e infantil continúan en ascenso. La configuración de las propuestas preventivas parece dejar de lado la perspectiva más compleja del fenómeno alimentario, cuya naturaleza va más allá de su base biológica. Detrás de la presencia de sobrepeso u obesidad, existen factores que exceden las conductas individuales, que se constituyen como elementos de orden social. Esta premisa se sustenta en los aportes realizados desde diversos campos, como la antropología, la sociología y la epidemiología social, sobre todo, durante los últimos treinta años.

Este trabajo propone analizar los modelos tradicionales de intervención institucional y visibilizar la importancia de una perspectiva orientada a lo social, que tenga en cuenta el análisis del contexto y de la red de vínculos para el abordaje de la problemática del sobrepeso y la obesidad infantil, con eje en el componente alimentario.

Palabras clave: conducta alimentaria, redes sociales, obesidad infantil.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2017.169>

Texto completo en inglés:

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2017.eng.169>

Cómo citar: Lamarque M, Orden AB. Prevención de la obesidad infantil: aportes desde las ciencias sociales para la intervención. *Arch Argent Pediatr* 2017;115(2):169-174.

- a. Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas "Prof. Dr. Fernando E. Viteri" (IDIP-MS/CICPBA), Hospital de Niños Sor María Ludovica. La Plata, Argentina.
- b. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

Correspondencia:

Lic. Muriel Lamarque,
muriel.lamarque@gmail.com

Financiamiento:

Ninguno.

Conflicto de intereses:

Ninguno que declarar.

Recibido: 22-6-2016

Aceptado: 13-9-2016

Prevención de la obesidad en Argentina y en otros países

En Argentina, a lo largo de los últimos años, se han llevado a cabo numerosos planes, campañas y programas orientados a la promoción de la salud y el control de enfermedades no transmisibles, como la obesidad. El Ministerio de Salud de la Nación,¹ junto con dependencias provinciales, municipales y entidades

privadas, ha desarrollado estrategias de intervención a lo largo de todo el territorio. Entre ellas, el Plan Nacional Argentina Saludable y programas nacionales, como Cuidarse en Salud, Argentina Camina y Salud Escolar, entre otros. Dichos programas impulsaron campañas principalmente orientadas a la población adulta, que fomentaron la realización diaria de actividad física, la disminución del tabaquismo y la ingesta de sodio, e introdujeron nociones acerca de una alimentación equilibrada mediante la comunicación social, el armado de talleres informativos y las actividades recreativas en diversos espacios. Asimismo, se han realizado acuerdos con la industria alimentaria para la reducción de los contenidos de sodio, azúcares y eliminación de las grasas trans en los productos de venta masiva. Entre los componentes de intervención más representativos, figuran las campañas gráficas de comunicación emplazadas en ámbitos públicos, como servicios de salud o escuelas. En el caso de los programas mencionados, la información comunicacional se ha centrado en recomendaciones acerca del modo en que se puede incorporar el ejercicio físico en la vida cotidiana, así como también indicaciones respecto del valor nutricional de distintos alimentos para incluirlos en las comidas diarias según la distribución porcentual de macronutrientes. Un análisis ilustrativo de los mensajes contenidos en estas campañas señala textos del tipo "sumá 30' de actividad física por día", "comer saludable no es un sacrificio", "pequeños cambios, grandes beneficios", "niño activo, adulto saludable" y "prevení

el sobrepeso y la obesidad con alimentación saludable y una vida activa”.

Las intervenciones específicamente dirigidas a la población infantil repiten estos modelos de divulgación del ejercicio y la nutrición, y agregan mensajes, como “comer sano es divertido” o “preferí agua”. En la campaña Armando Salud, correspondiente a la estrategia de prevención de la obesidad infantil de la provincia de Buenos Aires,² se pueden encontrar otras propuestas, como “comer en familia”, “jugar con amigos” o “valorar nuestras costumbres”. Sin embargo, su presencia en las gráficas se muestra aislada, como eslogans no articulados entre sí y como contratapa de las indicaciones nutricionales individuales previamente explicitadas.

En otros países, las intervenciones institucionales han tenido un desarrollo similar. Esto es acciones informativas mediante estrategias de divulgación y educación nutricional en ámbitos públicos y privados en favor de la adopción de hábitos alimentarios saludables y un estilo de vida activo.³ Dinamarca fue el primer país en desarrollar un plan específicamente dirigido a prevenir la obesidad. El *National Action Plan Against Obesity* fue lanzado en 2003, con propuestas diversificadas y con acción a nivel privado, comunitario y público.⁴ En 2005, el Gobierno español divulgó la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad, con difusión a nivel nacional y réplicas regionales subsidiarias, como el Programa Piloto Escolar de Referencia para la Salud y el Ejercicio contra la Obesidad (PERSEO) dirigido a escolares de educación primaria.⁵⁻⁷ Como otros ejemplos, en 2006, Francia elaboró el *Programme National Nutrition Santé*, y, en 2007, México lanzó el Programa Nacional de Salud. Estas iniciativas fueron respaldadas por actuaciones a niveles geográficos y políticos mayores, como es el caso de la Plataforma Europea de Acción sobre Alimentación, Actividad Física y Salud⁸ o la Estrategia sobre Problemas de Salud relacionados con la Alimentación, el Sobrepeso y la Obesidad,⁹ ambos desarrollados por la Unión Europea.

Muchas de estas acciones se elaboraron siguiendo los lineamientos planteados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que, en 2004, comunicó la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud.¹⁰ Esta propuesta fue la primera de alcance internacional en plantear tareas concretas para enfrentar la epidemia de obesidad y el aumento de las enfermedades no transmisibles. Los ejes

planteaban mejorar lo que se percibió como un fenómeno generalizado de mala alimentación y falta de ejercicio físico. El documento precisó, asimismo, la necesidad de adecuar las decisiones a la diversidad cultural existente. Se esperó, en consecuencia, que las distintas acciones nacionales se ajustaran en su consideración. Sin embargo, como señaló Gracia Arnaiz,³ los primeros programas fueron asombrosamente homogéneos y, a pesar de las sugerencias de la OMS, apenas se tuvo en cuenta la pluralidad de los sujetos bajo intervención. Ahora bien, debemos preguntarnos acerca de la posible relación entre dicha uniformidad en las propuestas y su posterior eficacia, ya que, pese a los esfuerzos, las tasas de obesidad continuaron aumentando. Quizás por esto, actualmente, países como Francia se encuentran revisando sus estrategias y publicando actualizaciones que incluyen un mayor foco en las particularidades culturales y contextuales, con mensajes adaptados.¹¹ Quedará para un futuro evaluar si estas modificaciones y consideraciones benefician la implementación de los programas y sus resultados.

En los últimos años, se ha priorizado el abordaje del problema en edades tempranas, por lo que los organismos mundiales han elaborado nuevas publicaciones, como el Plan de Acción para la Prevención de la Obesidad en la Niñez y la Adolescencia de la Organización Panamericana de la Salud¹² o el informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil de la OMS.¹³

Los modelos tradicionales de intervención

Un análisis de las críticas realizadas a los modelos de intervención permite identificar tres cuestionamientos principales. El primero se basa en el enfoque, casi exclusivo, que la prevención ha puesto en la educación nutricional.³ Esto supone, de manera subyacente, que las personas se alimentan mal por desinterés, desconocimiento y falta de información. Sin embargo, diversos estudios demuestran que las nociones respecto de lo considerado como alimentación saludable –desde el punto de vista médico– se encuentran ampliamente instaladas en la población.^{5,14,15} El problema parece ubicarse, entonces, en la traslación del conocimiento impartido en conductas esperables. No se evidencia una correspondencia entre las recomendaciones alimentarias y las prácticas de consumo. El acceso a la información no parece haberlas transformado.^{5,14} Esto podría deberse a factores económicos (costo elevado de los alimentos

saludables) y sociolaborales (gestión del tiempo de aprovisionamiento y cocina, en relación con las jornadas de trabajo y otras actividades). Asimismo, pueden considerarse otros elementos, como los ideales de cuerpo, preferencias, conveniencias, elementos de naturaleza simbólica e ideológica.¹⁶ Esto remarca la idea de que las significaciones que revisten el consumo alimentario son de naturaleza múltiple y no siempre están ligadas a la idea biomédica de salud.

En segundo lugar, el análisis de las acciones institucionales evidencia una homogeneización en la construcción del mensaje normativo. El público al que se dirigen las campañas es tratado uniformemente, dejando de lado posibles singularidades socioculturales. En este sentido, Díaz-Méndez señaló que “la uniformidad de las intervenciones socioeducativas e informativas, que no diferencia entre grupos de mayor o menor riesgo y homogeneiza las propuestas, puede ser un problema para alcanzar buenos resultados”.⁷ La referencia al entorno social suele quedar limitada a una mención esporádica y abstracta, sin una real aprehensión del mismo.¹⁷

Por último, la homogeneización de las acciones va, al mismo tiempo, acompañada de un enfoque individualista. Según esta perspectiva, la existencia de patologías, conductas arriesgadas o poco saludables depende exclusivamente de los sujetos y, por lo tanto, las acciones informativas deben estar dirigidas de manera individual.⁷ Diez Roux¹⁸ relacionó este fenómeno con una concepción de la salud esencialmente biomédica, según la cual las verdaderas causas de la enfermedad son factores biológicos que caracterizan a cada sujeto y no a un grupo social. Esto respondería, además, al proceso conocido como medicalización de la vida cotidiana, que enfoca la causa de los problemas en lo individual y no en el ambiente social, y, por consiguiente, aplica las intervenciones médicas de igual manera.¹⁹ La culpabilización de los individuos sobre su estado de salud/enfermedad se sustenta, entonces, en la noción de que la racionalidad científica es suficiente para convencer a los ciudadanos de responsabilizarse y actuar por el bien de su salud. Sin embargo, las decisiones alimentarias no son ni individuales ni racionalmente simples.⁵ Desde la antropología, Mary Douglas²⁰ señaló que la reducción de las conductas riesgosas a una decisión individual limitada por los propios intereses desvinculaba el fenómeno de los condicionantes económicos, políticos, morales, étnicos, etarios o de género que actuaban en su configuración.

La propuesta desde lo relacional

Las críticas mencionadas sugieren una perspectiva simplificada de la obesidad, que es percibida como consecuencia de estilos de vida inadecuados, por lo que se apunta a cambiarlos acondicionando las conductas individuales. En este esquema, el problema suele limitarse a dos componentes principales: ingesta y gasto energéticos. Se es gordo porque se come en exceso y no se realiza suficiente actividad física. La persistencia de modelos tradicionales de investigación e intervención biomédica se explica, entonces, por la hegemonía de una lógica matemática, una ecuación de ingreso y quema de calorías. Se opta por afrontar cuestiones de orden cualitativo con proposiciones esencialmente cuantitativas.^{5,6} Sin embargo, se manifiesta una contradicción en los mensajes de organismos internacionales y muchas investigaciones biomédicas, que mencionan la creciente importancia de los enfoques integrales y la perspectiva sociocultural para la comprensión y el abordaje del tema.^{10,21,22} Este desfase entre discurso y acción pondría en evidencia cierta superficialidad de su tratamiento, tanto a nivel de las instituciones como de los profesionales vinculados. La perspectiva holística funciona, en este caso, para satisfacer discursos integradores, que no ocurren en la realidad práctica.

La crítica al enfoque médico centrado en el individuo busca dar lugar a una propuesta que considere aquellos aspectos contextuales en que se producen los fenómenos, así como su aprehensión dentro de una trama de relaciones (en vez de acciones de sujetos aislados). Estas nuevas vías de comprensión de la obesidad pueden hallarse en los trabajos de Christakis y Fowler,²³ Cohen-Cole y Fletcher,²⁴ Madan et al.,²⁵ De la Haye et al.,²⁶ Fletcher et al.²⁷ o Macdonald-Wallis et al.,²⁸ entre otros. Estos estudios señalan el modo en que los contextos de socialización y la trama de vínculos próximos influyen de manera potencial en la configuración de comportamientos asociados a la salud/enfermedad, particularmente en lo referente a la conducta alimentaria, la imagen corporal, el sedentarismo y la actividad física. En estos ámbitos de interacción social, funcionarían mecanismos tanto directos (imitación) como indirectos (internalización de normas grupales) de influencia interpersonal, por lo que resulta destacable atender al aspecto relacional del problema.

El enfoque en el caso de los niños

El análisis de los programas y/o campañas dirigidas a la población infantil sugiere que el niño no es considerado como sujeto de enfermedad crónica. En efecto, la mayoría de estos proyectos buscan prevenir o informar sobre enfermedades infectocontagiosas y dejan a los adultos como receptores de la prevención de enfermedades no transmisibles. No obstante, la obesidad representa un serio problema de salud en los niños más allá de sus consecuencias psicosociales (baja autoestima, poca aceptación de los pares y baja sociabilidad). En primer lugar, el sobrepeso u obesidad en la infancia y la niñez constituyen un factor predictor de la obesidad adulta.^{29,30} En segundo lugar, además de sus efectos a largo plazo, la obesidad constituye un riesgo para la salud de niños y adolescentes, debido a las distintas comorbilidades asociadas.^{31,32} Estas razones validan el inicio de intervenciones preventivas con foco en población de menor edad.³³

La obesidad infantil es un fenómeno global, especialmente en los países occidentales. En 2014, la OMS informó que el sobrepeso y la obesidad en preescolares superaba el 30% en los países en desarrollo.¹² En Argentina, el Programa Nacional de Salud Escolar (PROSANE)³⁴ halló que 21,4% de los niños de 5 a 13 años tenía sobrepeso y 15,6% eran obesos, cifras similares a las publicadas como mapa de la obesidad, que identificó 19,0% de sobrepeso y 17,7% de obesidad en niños de 6 a 12 años de edad.³⁵

¿Cuál es la tendencia de estas cifras? En Estados Unidos, la obesidad infantil aumentó más del doble en niños y se cuadruplicó en adolescentes en los últimos 30 años.^{36,37} Los países transicionales reflejan la misma tendencia. Así, por ejemplo, en Brasil, la prevalencia de sobrepeso y obesidad se triplicó entre 1975 y 1997.³⁸ En Argentina, se ha informado, para niños y adolescentes, una prevalencia media de 25% en 2007, en contraste a la observada en 1990 de 14,5%. Este aumento fue de 40% en el sobrepeso, mientras que la obesidad se cuadruplicó, especialmente en niños de menor edad.³⁹

Estas prevalencias señalan la necesidad de encarar políticas más complejas dirigidas al problema, con un abordaje plural tendiente a modificar los enfoques tradicionales para incorporar mecanismos causales no biológicos. Las propuestas deben también abandonar la perspectiva individualista, para resaltar el

valor del contexto y de la red vincular cercana. Considerando la niñez como etapa de formación y demarcación individual, es en el espacio conformado por los lazos más próximos donde se aprende y se configura la identidad, la pertenencia a un grupo y los códigos compartidos. El contexto social es donde se produce la internalización de significados, usos y experiencias.⁴⁰ La alimentación y las costumbres asociadas a ella son parte de un sistema de disposiciones socialmente condicionadas, perdurables y transmisibles que funcionan como cimiento estructurante de los actos, las valoraciones y las percepciones de las personas. Se ha sugerido que los gustos compartidos en estos espacios de vinculación social representan unidades de participación y exclusión, y, consecuentemente, definen tipos de alimentos, combinaciones de sabores y texturas que concretan diferentes formas de comer.^{16,41} La esfera doméstica, las relaciones con los pares y los ámbitos en los que se desenvuelven los niños funcionan, entonces, como agentes en este proceso de socialización alimentaria.⁴² Junto con ellos, se modela la identidad y la identificación social, y se enmarca el contexto que establece y mantiene el comportamiento respecto de la salud. Esta experiencia no debe desconocer el rol activo de los medios de comunicación y las nuevas tecnologías para la transmisión de modelos corporales en la configuración de pautas de consumo.⁴³

El modo en que un niño va conformando las actitudes hacia la alimentación y la salud, es decir, sus preferencias o aversiones, se relaciona directamente con la gestión subjetiva que él mismo haga de su entorno y de sí.⁴¹ No se trata de un cántaro donde se deposita de manera pasiva el conocimiento, sino que, cada vez con mayor autonomía, el niño participa activamente del proceso de aprendizaje y construcción del espacio cultural.⁴⁴ Esto se pone en juego tanto en la toma de decisiones como en la conformación de opiniones y valoraciones.^{27,28} Por lo tanto, resulta importante conocer los mecanismos de transmisión y adquisición de conocimientos, así como también las negociaciones en las prácticas y valores acerca de la alimentación que pudieran estar influyendo en la aparición de trastornos durante la infancia.^{42,45}

Consideraciones finales

La escasa eficacia de las intervenciones institucionales tradicionales obliga a insistir en una visión ampliada y complementaria del problema que incluya los determinantes sociales

de la salud para su tratamiento.⁷ Entre ellos, se encuentran las significaciones construidas respecto de la salud y de la enfermedad, los aspectos simbólicos de la cultura alimentaria y de consumo, y el rol activo de los medios de comunicación. Teniendo en cuenta las particularidades a nivel territorial, y considerando reflexivamente su historicidad, deben incluirse también aquellos elementos micro- y macroestructurales, como la exclusión social, las relaciones de género, las políticas de educación, de empleo y sus características.⁵

En el abordaje del sobrepeso y la obesidad tanto infantil como adulta, resulta de agregado valor indagar en los contextos vinculares inmediatos que constituyen el universo de identificación y socialización creadores de hábito y sentido. Además de contribuir en el análisis multicausal del problema, puede resultar enriquecedor en la programación y planificación de futuras intervenciones en salud pública. De este modo, se abre la posibilidad a una propuesta que plantee el desarrollo de actividades analizando el contexto social existente, reforzando los lazos de cooperación y transformando el mensaje desde una "responsabilidad individual" a un proyecto de cuidado colectivo. Por ejemplo, el uso de dispositivos informáticos, como computadoras y teléfonos celulares inteligentes, se ha ido generalizando y extendiendo en la población. En vez de encarar estrategias (hasta ahora, infructíferas) que busquen reducir su utilización, las nuevas tecnologías pueden, paradójicamente, ser consideradas en el desarrollo de intervenciones. La lógica social de red de lazos que subyace a muchas aplicaciones y medios electrónicos puede ser aprovechada para orientar el compromiso en torno a lo grupal y comunitario. Esto puede servir tanto para organizar actividades cooperativas como para socializar cambios, monitorear su progreso, compartir información o simplemente motivar. Así como las redes pueden favorecer el surgimiento de conductas de riesgo, pueden ser igualmente valoradas para la transmisión y dispersión de mensajes y acciones beneficiosas a mediano y largo plazo. ■

REFERENCIAS

1. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Banco de Recursos y campañas. [Acceso: 15 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/index.php?option=com_ryc_contenidos.
2. Argentina. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Armando Salud. Programa de promoción de entornos saludables en el crecimiento. [Acceso: 15 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/armandosalud/>.
3. Gracia Arnaiz M. Qué y cuánto comer: tomando medidas frente a las sociedades obesogénicas. *Salud Colect* 2009;5(3):363-76.
4. National Board of Health, Center for Health Promotion and Prevention. National Action Plan Against Obesity. Recommendations and perspectives. Short Version. Copenhagen: 2003. [Acceso: 15 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.sst.dk/~media/681E3288F0A14C2EAA71ED9C4866D01F.ashx>.
5. Gracia Arnaiz M. La emergencia de las sociedades obesogénicas o de la obesidad como problema social. *Rev Nutr* 2009;22(1):5-18.
6. González Rodríguez A. Concepciones y práctica reflexionada de docentes y enfermeras-os sobre la promoción de la alimentación saludable en la escuela. *Investigación en la escuela* 2009;69:87-98.
7. Díaz-Méndez C. El tratamiento institucional de la alimentación: un análisis sobre la intervención contra la obesidad. *Papers* 2012;97(2):371-84.
8. Comisión Europea. Departamento de Salud y Seguridad Alimentaria. Plataforma europea de acciones sobre alimentación, Actividad Física y Salud. [Acceso: 15 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/platform/index_es.htm.
9. Comisión de las comunidades europeas. Estrategia europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad. Bruselas: 2007. [Consulta: 15 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0279:FIN:ES:PDF>.
10. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Ginebra: OMS; 2004. [Acceso: 15 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf?ua=1.
11. Gracia Arnaiz M. La obesidad como problema social: la ideación sobre su carácter crónico, plurifactorial y epidémico. En Piaggio L, Solans A. *Enfoques socioculturales de la alimentación. Lecturas para el equipo de salud*. Buenos Aires: Akadia, 2014. Págs.391-403.
12. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia. Washington: 2014. [Acceso: 15 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=28899&lang=es.
13. Organización Mundial de la Salud. Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil. Gineva: 2016. [Acceso: 15 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/publications/echo-report/es/>.
14. Contreras J, Gracia Arnaiz M. Comemos como vivimos. Alimentación, salud y estilos de vida. Barcelona: Alimentaria Exhibitions, 2006.
15. Salinas J, González CG, Fretes G, Montenegro E, et al. Bases teóricas y metodológicas para un programa de educación en alimentación saludable en escuelas. *Rev Chil Nutr* 2014;41(4):343-50.
16. Aguirre P. Ricos flacos y gordos pobres. La alimentación en crisis. Buenos Aires: Capital Intelectual, 2010.
17. Gracia Arnaiz M. Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario. *Salud Pública Méx* 2007;49(3):236-42.
18. Diez Roux A. La necesidad de un enfoque multinivel en epidemiología. *Región y Sociedad* 2008;20:77-91.
19. Conrad P. The medicalization of society. On the transformation of Human Conditions into treatable

- desorders. Maryland: John Hopkins University Press, 2007.
20. Douglas M. Risk and Blame: Essays in cultural theory. Londres: Routledge, 1994.
 21. Araya H, Atalah E, Benavides X, Boj T, et al. Prioridades de intervención en alimentación y nutrición en Chile. *Rev Chil Nutr* 2006;33(3):458-63.
 22. Gómez S, Marcos A. Intervención integral de la obesidad del adolescente. *Rev Med Univ Navarra* 2006;50(4):23-5.
 23. Christakis N, Fowler J. The spread of obesity in a large social network over 32 years. *N Engl J Med* 2007;357(4):370-9.
 24. Cohen-Cole E, Fletcher J. Is obesity contagious? Social network vs. Environmental factors in the obesity epidemic. *J Health Econ* 2008;27(5):1382-7.
 25. Madan A, Moturu ST, Lazer D, Pentland A. Social sensing: Obesity, unhealthy eating and exercise in face-to-face networks. Paper presented at: Conference WH '10 Wireless Health 2010, San Diego, CA, USA - Oct 05-07, 2010:104-10.
 26. De la Haye K, Robins G, Mohr P, Wilson C. Obesity related behaviors in adolescent friendship networks. *Social Networks* 2010;32(3):161-7.
 27. Fletcher A, Bonell C, Sorhaindo A. You are what your friends eat: systematic review of social network analyses of young people's eating behaviors and bodyweight. *J Epidemiol Community Health* 2011;65(6):548-55.
 28. Macdonald-Wallis K, Jago R, Sterne JA. Social Network Analysis of childhood and youth physical activity. *Am J Prev Med* 2012;43(6):636-42.
 29. Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, et al. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *New Engl J Med* 1997;337(13):869-73.
 30. Dietz W. Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics* 1998;101(3Pt2):518-25.
 31. Daniels S. The consequences of childhood overweight and obesity. *Future Child* 2006;16(1):47-67.
 32. Weiss R, Caprio S. Development of type 2 diabetes in children and adolescents. *Minerva Med* 2006;97(3):263-9.
 33. Pandita A, Sharma D, Pandita D, Pawar S et al. Childhood obesity: prevention is better than cure. *Diabetes Metab Syndr Obes* 2016;9:83-9.
 34. Lucconi Grisolia V, Lev D, Dematteis S. Situación de salud de niños, niñas y adolescentes de escuelas de nivel primario de la República Argentina. Programa Nacional de Salud Escolar (PROSANE). Buenos Aires: MSAL, 2015. [Acceso: 16 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/000000734cnt-anuario_prosane_2015.pdf.
 35. Hacia un mapa de la obesidad en Argentina. Buenos Aires: CESNI-SAOTA, 2012. [Acceso: 16 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.fundacionpepsico.com.ar/files/mapa-obesidad-cesni-saota.pdf>.
 36. National Center for Health Statistics. Health, United States, 2011: With Special Features on Socioeconomic Status and Health. Hyattsville; U.S. Department of Health and Human Services; 2012. [Acceso: 16 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nchs/data/health/us11.pdf>.
 37. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. *JAMA* 2014;311(8):806-14.
 38. Wang Y, Monteiro C, Popkin BM. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia. *Am J Clin Nutr* 2002;75(6):971-7.
 39. Orden AB, Bucci PJ, Petrone S. Trends in weight, height, BMI and obesity in schoolchildren from Santa Rosa (Argentina), 1990-2005/07. *Ann Hum Biol* 2013;40(4):348-54.
 40. Berger P, Luckmann T. La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu, 1986.
 41. Ochs E, Shohet M. La estructuración cultural de la socialización durante las comidas. En Piaggio L, Solans A. *Enfoques socioculturales de la alimentación. Lecturas para el equipo de salud*. Buenos Aires: Akadia, 2014: 259-76.
 42. Sánchez Hernández M. Los trastornos del comportamiento alimentario y los procesos de transmisión-adquisición de la cultura alimentaria. *Gazeta de Antropología* 2004;20: artículo 4. [Acceso: 16 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.ugr.es/~pwlac/G20_04MariaJesus_Sanchez_Hernandez.html.
 43. Zafra-Aparici E. Aprender a comer: procesos de socialización y "trastornos del comportamiento alimentario". [Tesis doctoral]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2007. [Acceso: 16 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/53633/EZAFRA_TESIS.pdf;jsessionid=CDC7A6F52187DCEF475CD38974124E84?sequence=1.
 44. Colangelo MA. La crianza como proceso sociocultural. Posibles aportes de la antropología al abordaje médico de la niñez. Primeras Jornadas de Diversidad en la niñez. Ensenada: Hospital El Dique, 2014. [Acceso: 16 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.aacademica.org/000-098/6.pdf>.
 45. Busdiecker S, Castillo C, Salas I. Cambios en los hábitos de alimentación durante la infancia: una visión antropológica. *Rev Chil Pediatr* 2000;71(1):5-11.