

Hábitos de consumo en la sala de espera

Gabriela Urman, Marcela Leal, Arnoldo Grosman, Jorge Urman, Luciana Roverano, Guadalupe Sáenz, Javier Herrera, Carla Carrazana, Ivana Lavanda y Jefferson Antonio Buendía

RESUMEN

Introducción: el consumo de alimentos en la sala de espera es un hábito que podría estar relacionado con el incremento en la incidencia de obesidad infantil.

Objetivo: analizar el consumo de alimentos y su uso como premio en niños que asisten a un consultorio pediátrico explorando y su relación con el estado nutricional.

Población, material y método: se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal en 94 niños entre 1 y 15 años, que asisten a un consultorio pediátrico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), República Argentina. Se evaluó el tipo de alimentos/bebidas llevado a la sala de espera, su utilización como premio y la intención de compra luego de la consulta. Se valoró el estado nutricional (IMC/Edad) con Anthro Plus, 2009. El análisis estadístico incluyó t de Student y prueba de Wilcoxon.

Resultados: el 46,8% de los padres trajo alimentos a la sala de espera. Alfajores/chocolates (n=10), seguidos de galletitas saladas (n=8) y, entre las bebidas, las gaseosas y jugos (n=6) ocuparon el segundo lugar. El 56,4% de los cuidadores tenía pensado comprar algo de comer al salir de la consulta. Se encontró asociación significativa entre los puntajes z de IMC/Edad y quienes trajeron algún alimento a la sala de espera (p:0,02). El 46,8% de los niños presentó sobrepeso u obesidad.

Conclusión: una elevada cantidad de padres utilizó el consumo de alimentos en la consulta, la mayoría de tipo chatarra. Este hábito se asoció significativamente con la presencia de sobrepeso y obesidad en los niños afectados por lo que podría indagarse sistemáticamente en la consulta.

Palabras clave: obesidad infantil, hábitos alimentarios, sala de espera médica.

WAITING ROOM INTAKE HABITS

ABSTRACT

Introduction: food and drink intake and its use as a reward are common habits in medical waiting rooms in the context of an increase in overweight and obesity prevalence worldwide.

Objective: to analyze the habit of food intake, its type and use as a reward and the relation with the nutritional status in children who attend a pediatric outpatient clinic.

Population and method: descriptive study, in a sample of 94 children ages 1 to 15 who attended a pediatric outpatient clinic in Buenos Aires, Argentina. We assessed the type of food/ beverage taken to the waiting room and the intention of buying one after the visit. The nutritional status was measured (BMI/AGE) using Anthro Plus software, 2009. Student's t Test and Wilcoxon test were used for statistical analysis.

Results: 46,8% of parents had brought something to eat or drink to the waiting room. Sweets were most frequent, followed by salty snacks and among beverages we found soft drinks and commercial juices. 56,4% of caretakers had the intention of buying something to eat or drink as a reward after the visit. There was a significant correlation between z scores of BMI/AGE and food intake in the waiting room (p= 0,02). 46.8% of the sample was either overweight or obese.

Conclusion: many parents use food as a reward, mainly junk food. This habit had a significant correlation with overweight and obesity in affected children and could be assessed systematically in pediatric visits.

Key words: childhood obesity, food habits, medical waiting room.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2017; 37(2): 57-62.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. Se calcula que en 2010, 42

millones de niños padecían sobrepeso en el mundo¹. En la Argentina, según la encuesta de salud escolar realizada por el Ministerio de Salud de la Nación en 2012, sobre 28 368 niños se encontró un binomio de sobrepeso/obesidad del 34,5%².

Distintos estudios evidencian las dificultades para el abordaje integral y efectivo de este problema dada su multicausalidad (factores biológicos, socioculturales, económicos, políticos, simbólicos). El ambiente obesogénico se caracteriza por la suma de influencias de los entornos para promover obesidad. La oferta de alimentos/bebidas ricos en grasa y azúcar, la colocación de productos y mar-

Recibido: 13/05/17

Aceptado: 23/06/17

Carrera de Especialista en Pediatría (G.U., A.G., J.U., J.A.B.).
Centro de Nutrición Maimónides (M.L., L.R., G.S., C.C., I.L).
Universidad Maimónides, CABA, Argentina.
Departamento de Farmacología y Toxicología (J.A.B.). Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Colombia.
Correspondencia: urman.gabriela@maimonides.edu

cas en hogares, escuelas y comunidades³⁻⁵ y el *marketing* como inductor al consumo⁶ conforman este entorno. En tal contexto, Sotomayor Baca (2012) sostiene que los niños se han convertido en un segmento atractivo para anunciantes debido a que son una fuerte influencia en la toma de decisiones de compra de las familias^{7,8}. Se ha relacionado también la problemática con la cantidad de horas que los niños pasan frente a pantallas de televisores, computadoras y celulares⁹.

Domínguez-Vásquez (2008) sostiene que es la familia la que influencia el contexto alimentario infantil usando modelos para la elección de alimentos, tanto en tipo, cantidad y horarios, así como edad de introducción de estos. La exposición repetida a esos modelos familiares genera un estímulo condicionado que asocia determinados alimentos con eventos específicos (fiestas, castigos, etc.) y ejerce un efecto modulador sobre su comportamiento alimentario¹⁰. En el consultorio aparece la comida chatarra que consumen los niños por su extensa disponibilidad, conveniencia y popularidad. Las familias muchas veces utilizan comida como premio cuando van al médico, ya sea por buen comportamiento durante la espera o en el consultorio, o como consuelo por una experiencia vivida como traumática. Se desplazan en este sentido los libros, paseos y juguetes. Frazier (2014) sostiene que el hábito de traer y ofrecer este tipo de alimentos y bebidas por parte de los padres reforzaría en los niños la elección de consumirlos en otros ámbitos, generando que siempre recibirán comida chatarra cuando concurren al médico¹¹.

Las principales guías sobre evaluación del crecimiento y alimentación saludable desaconsejan el uso de los alimentos como premio o castigo, ya que el niño debe interpretar al alimento como necesario para crecer^{12,13}.

Resulta oportuno plantear si el ofrecimiento de comida (en especial de tipo chatarra) como premio o entretenimiento o ambos fines en la sala de espera de un consultorio expresa un hábito cotidiano sistemático que puede guardar relación con la obesidad infantil. Se llevó a cabo un estudio exploratorio inicial con el objetivo de analizar el consumo de alimentos y su uso como premio en niños que asisten a un consultorio pediátrico investigando su relación con el estado nutricional.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo-analítico, de corte transversal, en un consultorio pediátrico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), República Argentina, asociado a la Universidad Maimónides, en el que se atienden pacientes que cuentan con cobertura de salud por obra social. La muestra fue no probabilística, sistemática. Se incluyeron todos los pacientes que consultaron durante el período de recolección de datos los días lunes, miércoles y viernes entre las 9,30 y las 13, que es el horario de atención pediátrica en dicho centro.

La recolección de información se realizó durante un mes, coincidiendo con la duración de una pasantía de estudiantes de último año de la Licenciatura en nutrición. Se incluyeron todos los niños de ambos sexos, no amamantados, entre 1 año y 15 años 11 meses 30 días. Fueron excluidos los niños con patologías crónicas.

Implementación

▪ Encuesta

Se utilizó como unidad de observación a las madres, padres o acompañante de los niños. Se aplicó como instrumento un cuestionario estructurado cuyas respuestas fueron registradas por los encuestadores. Previamente se realizó una prueba piloto en una muestra que no participó del estudio. La muestra piloto estuvo conformada por pacientes que concurren al consultorio en el mes anterior al estudio, con una representación del 15% de las encuestas totales. Luego de esta prueba se hicieron ajustes a algunas de las preguntas. Se indagó la utilización o no de premios el día de la consulta; en caso de ser alimentos o bebidas, su tipo; si se había llevado algo para consumir en la sala de espera; el lugar de compra de los alimentos/bebidas y la intención de compra de algún alimento/bebida luego de la consulta. El cuestionario fue completado en la sala de espera mientras los pacientes aguardaban ser atendidos. Dicha sala tiene 30 metros cuadrados, cuenta con sillas, sector de juegos didácticos, TV con dibujos animados y mesa y material para dibujar. Hay un *dispenser* de agua.

Dos alumnas del último año de la Licenciatura en Nutrición de la Universidad Maimónides (CABA) llevaron a cabo las encuestas y realizaron la evaluación nutricional. Previamente fueron capacitadas por docentes de las cátedras de Antropometría y Evaluación Nutricional. La capacitación consistió en explicaciones prácticas sobre mediciones antropométricas según métodos estandarizados y teóricas en relación con los contenidos de la encuesta, insistiendo sobre la forma de dirigirse y actuar durante la realización de la encuesta para evitar influir en la respuesta y mantener la cordialidad en la comprensión y modo de aplicación del cuestionario.

Finalmente, y en todo momento, las coordinadoras del trabajo de campo hicieron un seguimiento del relevamiento de los datos, consultándoles a las encuestadoras en terreno acerca de las dificultades y logros hallados a lo largo de la jornada.

▪ Antropometría

Se evaluaron la edad, el peso y la talla de los niños para realizar posteriormente un diagnóstico del estado nutricional. Para la determinación del peso corporal y la estatura de los pacientes se siguieron las técnicas recomendadas por la OMS (2008)¹⁴, utilizando una balanza (CAM 200) con precisión de 100 g y un estadiómetro de precisión de 1 mm. En el caso de los niños menores de 2 años se midió la longitud en posición acostada (decúbito supino). En los

niños de 2 años o más se midió la talla de pie (Frankfurt). Se calculó el indicador índice de masa corporal (IMC) para la edad en puntaje Z, según los parámetros establecidos por la OMS en el año 2007. Este sistema de clasificación ha sido recomendado por su capacidad de descripción del estado nutricional incluyendo los puntos extremos de la distribución, lo que permite el cálculo de estadísticas descriptivas, es decir, medias y desviaciones estándares de los puntajes Z (Cuadro 1)¹⁴.

Análisis estadístico

El análisis de los datos se realizó a través del programa Excel® 2010 y el sistema de análisis estadístico y gestión de datos (SPSS- Statistical Package for Social Sciences -20.0 para Windows).

Se utilizaron como criterios de valoración los estándares de la OMS para los menores de 5 años y los de la OMS (2008)¹⁶ para los escolares de 5-19 años utilizando el programa estadístico desarrollado por la Organización Mundial de la Salud¹⁴, el *software* Anthro Plus, que permite la evaluación del estado nutricional a través del puntaje Z. Se utilizó la prueba de rangos con signo de Wilcoxon y la prueba de Pearson Chi² para contrastar las características del estado nutricional según sexo en los niños evaluados. Se fijó un nivel de significación de $p < 0,05$. A su vez, se utilizó la prueba de t de Student para contrastar el puntaje z de IMC/Edad y si llevan o no alimentos a la consulta. Se estimó un tamaño de muestra mínimo de 94 pacientes para encuestar con el fin de detectar una frecuencia mínima del 21% de comida chatarra durante la visita clínica del niño, según el estudio de Frazier y cols. (2014)¹¹, con un nivel de confianza del 95% y precisión mínima del 6%.

Aspectos éticos

El cuestionario fue dirigido, anónimo y de respuesta voluntaria. Se aseguró la confidencialidad de los datos. El protocolo fue revisado y aprobado por el Centro de Estudios Biomédicos, Biotecnológicos, Ambientales y de

Diagnóstico (CEBBAD) de la Universidad Maimónides. Los participantes firmaron un consentimiento autorizando el uso de los datos obtenidos en este estudio.

RESULTADOS

Se encuestaron 94 niños de entre 1 y 15 años (mediana 7, rango 1,5 -15 años).

La proporción de niñas fue 42,6% (n=40) y de niños 57,4% (n=54). Las madres fueron en su mayoría (80,9%) las encargadas de responder el cuestionario, seguidas por los padres (11,7%) y otros cuidadores (7,4%).

El 13,8% (n=13) de los padres/tutores refirió haberle prometido un premio al niño por ‘portarse bien’. De estos, el 100% había prometido un alimento. Los alimentos sólidos más mencionados como premio fueron las golosinas –caramelos y chocolates– seguidos de galletitas y hamburguesas de cadena de comida rápida. Los alimentos líquidos más nombrados fueron los jugos envasados seguidos de las gaseosas.

Cuando se indagó si habían traído algo para consumir durante la espera, el 46,8% contestó afirmativamente. Un 65,9% de ellos había traído un alimento sólido. Los más mencionados para consumo fueron alfajores/chocolates (n=10), seguidos de galletitas saladas (n=8) y galletitas dulces simples y rellenas (n=5 y n=3, respectivamente). Respecto de los alimentos líquidos, el 68,2% de los padres habían traído alguna bebida a la sala de espera. Los lácteos (leche y yogur) fueron los más elegidos (n=7), seguidos de gaseosas y jugo en polvo preparado (n=6).

Al indagar acerca de dónde lo habían comprado, el 50% refirió haberlo adquirido camino a la consulta y el 47,7% lo había traído de la casa. Un 2,3% no respondió.

Finalmente, un 56,4% (n=53) de los cuidadores refirió que tenía pensado comprar algo de comer para el niño al salir de la consulta.

Estado nutricional

Se valoró el estado nutricional mediante el indicador IMC/Edad. Del total de la población evaluada, el 46,8% presenta el binomio sobrepeso/obesidad. Al dividir a la población según el sexo de los niños, se observa que las mujeres presentan un binomio sobrepeso/obesidad del 52,5% y los varones del 42,6% ($p=0,63$) (Cuadro 2).

Al comparar la distribución del total de niños evaluados con respecto los estándares establecidos por la OMS (2007) para el indicador IMC/Edad, se puede observar en el histograma de frecuencias (Fig. 1) que los niños valorados presentan mayor disparidad, al tener la curva más achatada, y presentan un sesgo positivo cuya media es $z = 0,74$ respecto del estándar o normalidad ($Z = 0$). Se encontró diferencia significativa en el puntaje z IMC/Edad y mayor predominio de sobrepeso y obesidad (56%) en los niños de padres que trajeron algún alimento a la sala de espera con respecto a los que no lo hicieron (36% - $p = 0,020$) (Cuadro 3).

Cuadro 1. Descripción de los puntos de cortes en puntaje Z correspondiente al indicador IMC para la edad¹⁴⁻¹⁶

Diagnóstico nutricional	IMC/Edad	Pje Z
Obesidad		> 2
Sobrepeso		2 a >1
Normopeso		1 a -1
Riesgo de bajo peso		< -1 a -2
Bajo peso		-2 a -3
Muy bajo peso		< -3

Cuadro 2. Características del estado nutricional según el sexo de los niños evaluados (n = 94)

Variable	Varones (54)	Mujeres (40)	Rango Intercuartílico (RICb)	p
Edad, mediana ± RIC, años	6,9	7,1	6,4-6,3	0,73 ^a
Peso, mediana ± RIC, kg	25	27	19-17,1	0,22 ^a
Talla, mediana ± RIC, m	1,20	1,25	0,33-0,35	0,34 ^a
IMC, mediana ± RIC (kg/m ²)	17,32	19,07	4,74-6,69	0,30 ^a
Puntaje z IMC/Edad, mediana ± RIC	0,73	1,23	2,91-3,14	0,58 ^a
Categorías del estado nutricional n (%)				
Muy bajo peso	3 (5,6%)	4 (10%)	-	0,63 ^a
Bajo peso	2 (3,7%)	2 (5%)	-	
Riesgo de bajo peso	4 (7,4%)	2 (5%)	-	
Normopeso	22 (40,7%)	11 (27,5%)	-	
Sobrepeso/obesidad	23 (42,59%)	21 (52,5%)	-	

^aSin diferencia estadística a través de Pearson Chi² (> 0,05).

^bRIC: rango intercuartílico.

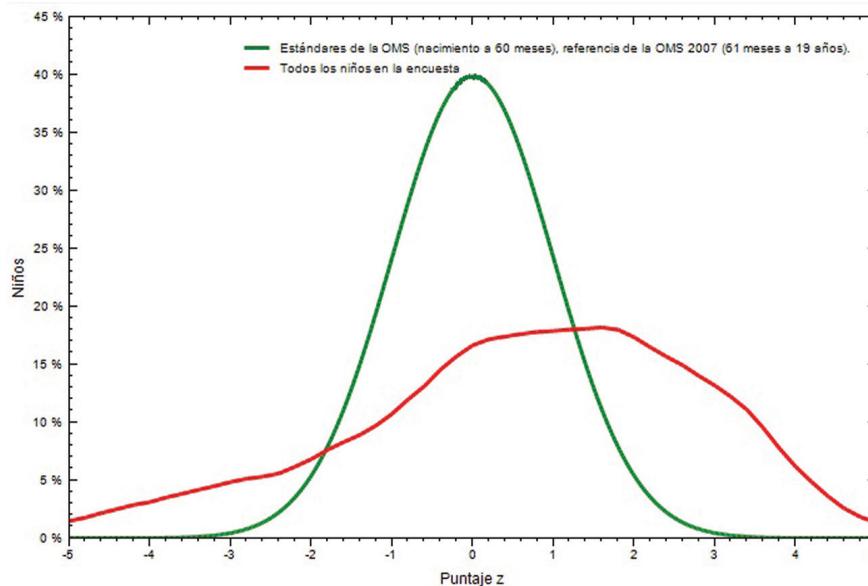


Figura 1. Polígono de frecuencias del indicador IMC para la edad de los niños que asistieron a los consultorios de pediatría, (n = 94). Ref: IMC/Edad. OMS, 2009.

DISCUSIÓN

Los modos de alimentarse, las preferencias y el rechazo hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el contexto familiar durante la etapa infantil en la que se incorporan la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias de la comunidad¹⁰.

El estudio de Frazier y cols. (2014) concluye que el 20,9% de las familias lleva comida chatarra durante la visita clínica del niño. Los tipos de comida chatarra observados fueron azucarados, patatas fritas/galletas saladas y dulces¹¹. En

nuestro caso, el porcentaje de padres/cuidadores que habían traído una bebida o alimento para consumir fue significativamente mayor: 46,8%, de los cuales el 65,9% incluía un alimento sólido y el 68,2% alguna bebida. Al indagar el tipo de alimento/bebida traído se observó un predominio de comida chatarra, definida como alimentos y bebidas con baja densidad de nutrientes y de alto poder energético, rica en grasas, grasas *trans*, azúcares agregados y sodio¹⁷⁻¹⁹. Los alimentos más mencionados fueron alfajores/chocolates, seguidos de galletitas saladas. Si bien las bebidas predo-

Cuadro 3. Relación del puntaje z de IMC/Edad en función de la categoría trajo/no trajo alimentos a la consulta de los niños que asistieron al consultorio de pediatría (n = 94)

Categoría	n	Media ±DS	IC para la media al 95%	
			Límite inferior	Límitesuperior
NO TRAJO ALIMENTO	50	0,26±2,22	-0,3667	0,8963
TRAJO ALIMENTO	44	1,29±1,99	0,6911	1,9048
Total	94	0,74±2,17	0,3038	1,1930

Análisis t de Student ($p = 0,02$).

minantes fueron la leche y el yogur, en segundo lugar se observó la compra de gaseosas y jugo en polvo preparado. Los resultados de grandes estudios transversales, junto con los de los estudios de cohorte prospectivos con largos periodos de seguimiento, muestran una asociación positiva entre una mayor ingesta de bebidas azucaradas y el aumento de peso y la obesidad en niños y adultos^{20, 21}. Se destaca que el 47,7% de los alimentos y bebidas traídos a la consulta fueron provistos desde el hogar de los niños y que un 56,4% de los cuidadores refirió que tenía pensado comprar algo de comer para el niño al salir de la consulta. La obesidad es reconocida por tener origen multicausal, y los malos hábitos alimentarios son uno de sus pilares, caracterizados por un mayor consumo de alimentos de alta densidad energética, azúcares simples e hidratos refinados así como de grasas saturadas y *trans*²². La actitud de los progenitores al utilizar estrategias a la hora de la comida como una actitud neutral, presión-exigencia, razonamiento, alabanza y adulación, restricción, amenazas y recompensas con alimentos o juegos, está íntimamente relacionada con el grado de responsabilidad de los padres en cuanto a la alimentación de sus hijos¹⁰.

En un estudio realizado por Sánchez y cols. sobre 73 490 niños españoles se informó una prevalencia de sobrepeso/obesidad del 37,1%²³. En la Argentina, el sobrepeso y la obesidad representan una problemática en aumento. Un estudio realizado en la provincia de Buenos Aires demuestra que el binomio sobrepeso/obesidad alcanzado en niños de 1 a 11 años fue del 19,6%.²⁴ En el año 2010, esta prevalencia llegó al 41,4% en niños de 6 a 10 años²⁵. Dos años después, a través de la Encuesta Mundial de Salud Escolar, se evaluaron 20 890 niños y se observó que un 28,3% presentaba sobrepeso y un 5,9% obesidad².

Se encontró relación significativa en el puntaje z IMC/Edad y mayor predominio de sobrepeso y obesidad (56%) de los niños cuyos padres habían traído algún alimento a la sala de espera respecto de los que no lo hicieron ($p = 0,020$).

Entre las debilidades del estudio no se consideró el tiempo de espera, el período previo de ayuno ni las mo-

tivaciones del ofrecimiento de alimentos. Más allá de la relación significativa con los índices de exceso de peso, los resultados obtenidos son descriptivos y, por lo tanto, no demuestran que el alimento chatarra sea usado como premio, ya que su consumo en la sala de espera podría responder a otros motivos (por ejemplo, el tiempo que implica el viaje de ida y vuelta al consultorio más la espera en la sala).

CONSIDERACIONES FINALES

El asesoramiento sobre hábitos saludables es un desafío para los pediatras, más aún considerando la cantidad de temas que debemos abarcar con un tiempo cada vez más limitado. La relación que encontramos entre hábitos de consumo y sobrepeso/obesidad justifica que el pediatra indague si los padres han traído o tienen pensado utilizar comida como premio. Se destaca como fortaleza del estudio el trabajo interdisciplinario entre nutricionistas y pediatras y el aporte de la sala de espera como parte de la consulta y espacio donde realizar tareas de diagnóstico de situación e intervenciones para optimizar la consulta y brindar asesoramiento sobre hábitos saludables.

CONCLUSIONES

Con este trabajo nos propusimos conocer los hábitos de consumo de nuestros pacientes en la consulta y observamos una alta frecuencia de sobrepeso y obesidad de los niños asociada significativamente con el uso de alimentos chatarra (alfajores, chocolates y galletitas rellenas y dulces así como gaseosas y jugos). Uno de cada 10 padres manifestó utilizarlo como premio. Tratándose de niños sanos, y asumiendo que concurren esporádicamente a la consulta médica, la presencia de altos índices de sobrepeso-obesidad seguramente obedece a factores multidimensionales y complejos que influyen a diario en los hábitos de crianza y consumo de las familias.

Este sencillo hallazgo indicaría al pediatra la oportunidad y el valor de discutir con los padres la importancia de establecer hábitos alimentarios saludables como un componente más de las acciones preventivas en salud.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. OMS. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud [Internet]. [Ginebra]: la Organización; 2014 [consulta 2014 junio 6]. [Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_consequences/es/].
2. Argentina. Ministerio de Salud. Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles. Segunda Encuesta Mundial de Salud Escolar 2012. (EMSE). Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2013. 109p.
3. Solans A. Promoción de hábitos saludables en la alimentación de los niños. ¿Qué le pasa al pediatra? Arch Argent Pediatr. 2012;110(2):137-43.
4. Díaz Ramírez G, Souto-Gallardo MC, Bacardi Gascón M, et al. Efecto de la publicidad de alimentos anunciados en la televisión sobre la preferencia y el consumo de alimentos: revisión sistemática. Nutr. Hosp. 2011;26(6):1250-5.
5. Muñoz-Cano JM, Córdova-Hernández JA, Boldo-León XM. Ambiente obesogénico y biomarcadores anómalos en escolares de Tabasco, México. Salud en Tabasco. 2012;18(3):87-95.
6. Collipal E, Silva H, Vargas R, et al. Significado de la obesidad para los adolescentes de Temuco-Chile. Int J Morphol. 2006;24(2):259-62.
7. Sotomayor Baca A. Influencia de los anuncios televisivos en el consumo de alimentos publicitarios dirigidos al público escolar del distrito de Huánuco [tesis doctoral]. [Madrid]: Universidad Complutense de Madrid; 2012. 284 p.
8. Theodore FL, Bonvecchio Arenas A, Blanco García I, et al. Representaciones sociales relacionadas con la alimentación escolar: el caso de las escuelas públicas de la Ciudad de México. Salud Colectiva. 2011;7(2):215-29.
9. Veerman JL, Van Beeck EF, Barendregt JJ, et al. By how much would limiting TV food advertising reduce childhood obesity? Eur J Public Health. 2009;19(4):365-9.
10. Domínguez-Vásquez P, Olivares S, Santos JL. Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. ALAN Arch Latinoam Nutr. 2008;58(3):249-55.
11. Frazier J, Land M, Hsieh P, et al. Junk food seen at pediatric clinic visits: is it a problem?. Clin Pediatr. 2014;53(4):320-5.
12. Sociedad Argentina de Pediatría. Anexo II: Alimentación. Guía para la atención y cuidado de la salud de niños y niñas de 0 a 6 años. Buenos Aires: la Sociedad; 2001. p. 0-11.
13. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Evaluación del crecimiento de niños y niñas. [Salta]: Unicef; 2012. p.1-86.
14. WHO Anthro para computadoras personales, versión 3, 2009: Software para evaluar el crecimiento y desarrollo de los niños del mundo [Internet]. Ginebra: OMS; 2009 [consulta 2013 enero 16]. Disponible en: <http://www.who.int/childgrowth/software/en/>.
15. Piazza N, Casavalle P, Ferraro M, et al. Guías de práctica clínica para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la obesidad. Sociedad Argentina de Pediatría. Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo. Arch Argent Pediatr. 2011;109(3):256-66.
16. Organización Mundial de la Salud. Curso de capacitación sobre evaluación del crecimiento del niño de la OMS. Ginebra: OMS; 2008.
17. Duelo Marcos M, Escribano Ceruelo E, Muñoz Velasco F. Obesidad. Rev Pediatr Aten Primaria. 2009; 11(16):239-57.
18. Castillo CD, Romo MM. Las golosinas en la alimentación infantil. Rev Chilena Pediatr. 2006;77(2):189-93.
19. Contreras García L, Ortiz Muñiz M. Obesidad Infantil y consumo de comida chatarra [disertación]. [Minatitlán]: Universidad Veracruzana; 2006. 30 p.
20. Malik VS, Schulze MB, Hu FB. Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review. Am J Clin Nutr. 2006;84(2):274-88.
21. Grimes CA, Riddell LJ, Campbell KJ, et al. Dietary salt intake, sugar-sweetened beverages consumption and obesity risk. Pediatrics. 2013;131(1):14-21.
22. Villagrán Pérez S, Rodríguez-Martín A, Novalbos Ruiz JP, et al. Hábitos y estilos de vida modificables en niños con sobrepeso y obesidad. Nutr Hosp. 2010;25(5):823-31.
23. Sánchez Echenique M. Aspectos epidemiológicos de la obesidad infantil. Rev Pediatr Aten Primaria. 2012;14(22):9-14.
24. Oyhenart EE, Torres MF, Quintero FA, et al. Estado nutricional y composición corporal de niños pobres residentes en barrios periféricos de La Plata, Argentina. Rev Panam Salud Pública. 2007;22(3):194-201.
25. Zeberio N, Malpeli A, Apezteguia M, et al. El estado nutricional de niños escolares y su relación con la tensión arterial. Arch Argent Pediatr. 2013;111(2):92-7.