



**COMILLAS**  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y  
SOCIALES**

**OBESIDAD INFANTIL Y HÁBITOS DE VIDA  
FAMILIAR**

Autor/a: Laura Castellanos Romo

Director/a: Alfonso Méndez

Madrid

2019/2020

## **Resumen**

En la actualidad, la obesidad se ha convertido en un problema de salud pública de talla global debido al considerable número de persona que la padecen siendo especialmente llamativas las cifras de obesidad infantil. Este problema de salud tiene numerosas consecuencias a nivel físico, psicológico y social. La tendencia ascendente del número de casos está influenciada por los cambios que han tenido lugar en los hábitos de vida familiares y los actuales estilos de vida. Además, existen una serie de factores de riesgo y de protección que se deberán tener en cuenta para entender mejor este fenómeno. Por ello, parece evidente que es necesario una comprensión de aquellos factores que más peso tengan con el objetivo de que se adopten medidas eficaces que fomenten un estilo de vida saludable basado en una adecuada alimentación y en la realización de actividad física. Por último, existen ciertas similitudes entre el sobrepeso y la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria que es importante tener en consideración con el fin de detectar una posible “migración diagnóstica”.

**Palabras clave: obesidad infantil, familia, hábitos de vida, TCA, alimentación.**

## **Abstract**

Nowadays, obesity has become a global health problem due to the large number of people that suffer from it. It is especially noteworthy the number of childhood obesity cases. This public health problem has many physical, psychological and social consequences. The increasing tendency is influenced by changes in the living habits and current lifestyles. In addition, there are some risk and protective factors that should be taken into account in order to better understand this phenomenon. For this reason, it seems clear that it is necessary to understand the factors that have the most influence on the obesity problem with the aim of taking effective measures to promote healthy lifestyles based on an adequate nutrition and physical activity. Finally, there are some similarities between overweight, obesity and eating disorders which are relevant for the detection of a “diagnostic migration”.

**Keywords: childhood obesity, family, lifestyle, eating disorders, diet.**

## Índice

1. Introducción .....	3
2. Metodología .....	6
3. Capítulos de contenido .....	7
3.1. Relación entre hábitos de vida y obesidad infantil .....	7
3.2. Factores que influyen en el desarrollo de la obesidad infantil .....	12
3.3. Obesidad infantil y trastornos de la conducta alimentaria .....	16
4. Discusión .....	17
5. Referencias .....	23

## 1. Introducción

La obesidad infantil es un problema de salud pública de talla mundial con especial relevancia en los países desarrollados, ya que en esta parte del mundo se ha convertido en la enfermedad nutricional más común en la infancia y la adolescencia. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la obesidad y el sobrepeso son definidos como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud” y el indicador más frecuentemente utilizado es el índice de masa corporal (IMC) cuya fórmula es  $\text{peso(kg)/talla(m}^2\text{)}$ .

Tabla 1

*IMC según la OMS*

<i>IMC</i>	
$< 18,5$	Peso por debajo de lo normal
$18,5 - 25$	Peso saludable
$25 - 30$	Sobrepeso
$> 30$	Obesidad

*Nota: Recuperado de estudio sobre la obesidad infantil en España (2016)*

El aumento actual de la obesidad en la población mundial convierte esta cuestión en un problema que se debe abordar desde distintos ámbitos a través de programas de promoción de la salud, de prevención con población vulnerable, y de intervención con la población que ya se encuentra afectada de forma directa.

Con mucha frecuencia, se asocia la obesidad con únicamente cuestiones relacionadas con el aspecto físico y una imagen corporal que se aleja de los estándares de belleza “ideales” pero se pasan más por alto todas aquellas repercusiones para la salud que pueden existir. Este problema implica consecuencias en la mayor parte de los ámbitos de la vida de quien lo padece. Destacan como relevantes las consecuencias en el ámbito de la salud, como la diabetes tipo II, enfermedades cardiovasculares, hiperglucemia, trastornos del sueño, problemas respiratorios, algunos tipos de cáncer, hipertensión arterial, infertilidad y en las mujeres, alteraciones menstruales y mayores riesgos durante el embarazo; las consecuencias psicológicas, entre las que están la insatisfacción corporal y pobre imagen de uno mismo, baja autoestima, ansiedad y alta probabilidad de padecer un trastorno de la conducta alimentaria (TCA); y las consecuencias de tipo social, como una imagen estereotipada, aislamiento y exclusión social, menor aceptación en los grupos sociales o bajo rendimiento académico. Todas estas

consecuencias son aún más notorias y alarmantes si tienen lugar durante las primeras etapas de vida de la persona (Casas y Gómez, 2016).

Con todo esto, lo que implica la obesidad infantil es una significativa disminución de la calidad de vida con importantes repercusiones médicas, a lo que se añade un aumento del riesgo de aislamiento social y todo lo que esto implica. Se ha relacionado también la obesidad infantil y juvenil con un aumento de morbilidad<sup>1</sup> en la etapa adulta de la vida (OMS, 2019).

Actualmente, existen muchas hipótesis acerca de las posibles causas del aumento del número de población infantil con obesidad. Aunque es un hecho que los factores genéticos son capaces de dar una explicación sobre lo que sucede en el metabolismo de las personas que padecen este problema (González, 2011), sería difícil poder explicar este fenómeno sin poner también el foco de atención en los hábitos de vida contemporáneos donde no se puede hablar de la alimentación como único factor determinante, sino que se debería tener en cuenta el estilo de vida en general, no solamente del niño, sino de todos los miembros de la familia con los que convive.

Entre los hábitos de vida considerados poco saludables que favorecen el desarrollo de la obesidad, se encuentran: el aumento del tiempo dedicado a la realización de actividades de ocio sedentarias (como ver la televisión, pasar tiempo con el ordenador, jugar a videojuegos, etc.), la falta de sueño, no desayunar o desayunar de manera inadecuada, bajos o nulos niveles de actividad física, la nueva “tradicción” occidental de comer en soledad, rápidamente y de manera poco saludable; las dietas poco equilibradas, el consumo habitual de golosinas, de bebidas azucaradas y de comida ultraprocesada con un alto contenido calórico; el consumo de *snacks* entre comidas, el consumo de alimentos como el chocolate con el objetivo de mitigar malestar (aburrimiento, ansiedad o depresión) y las dietas poco equilibradas (Amigo Vázquez, 2018).

En numerosas ocasiones, es durante la infancia y en el contexto familiar cuando comienzan los problemas relacionados con el exceso de peso. Los entornos que tienden a cumplir los factores que favorecen la aparición de este sobrepeso se conocen como “ambiente obesogénico” (Luján, Piat, Ott, y Abreo, 2010).

---

<sup>1</sup> Muerte causada por una enfermedad.

Este problema de obesidad va más allá del individuo ya que en la actualidad, el número de personas que la padecen hace que se pueda considerar un problema social y cultural asociado a las nuevas condiciones de vida.

A nivel global, el número de niñas con obesidad ha pasado de ser 5 millones en el año 1975 a 50 millones en el año 2016, mientras que, en el caso de los niños, la cifra ha pasado de ser de 6 millones en 1975 a 74 millones. Es decir, ha habido en total un aumento del 73% de los casos de obesidad infantil, porcentaje mayor que el de del crecimiento de la población en su conjunto (OMS, 2019). Por lo general, los niños tienen una probabilidad más alta que las niñas de padecerla (Arriscado, Muros, Zabala y Dalmau, 2014).

Otro dato considerablemente llamativo, es que según la OMS en 2016 había 1900 millones de adultos con sobrepeso de los que 650 padecían obesidad. Se ha estimado también que en la actualidad mueren cada año un mínimo de 2,8 millones de personas como consecuencia del sobrepeso y la obesidad (OMS, 2017).

En España, más del 50% de la ciudadanía asegura llevar una vida totalmente sedentaria, mientras que 6 de cada 10 personas jóvenes afirman no realizar ningún tipo de ejercicio físico. El estudio ALADINO realizado en España en el año 2015, empleando los estándares de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud, encontró que la prevalencia actual de sobrepeso es del 22,4 % en los niños y del 23,9 % en las niñas y la prevalencia de obesidad es de un 20,4% en niños y de un 15,8% en niñas.

Poniendo la vista en el futuro, se pronostica que el 70 % de los menores con obesidad, la seguirán padeciendo en la edad adulta por lo que una intervención temprana e integral parece más que necesaria.

Por último, una cuestión muy controvertida, así como discutida acerca de la obesidad, es si se puede considerar o no un trastorno de la conducta alimentaria. Un concepto muy relacionado es el de trastorno por atracón que aparece en el DSM – 5 como un TCA y de la ingesta de alimentos. Este trastorno es el que más frecuentemente aparece dentro de la población con obesidad y es además el trastorno de la conducta alimentaria que más ha crecido en lo que va de siglo.

Con todo esto, el principal objetivo que se persigue alcanzar con la realización de este trabajo es del de:

“Explorar la relación existente entre los hábitos de vida familiar y la obesidad en los menores”.

Por otro lado, otros objetivos que se buscan conseguir son:

- Identificar los factores que influyen en el desarrollo de la obesidad infantil.
- Relacionar el concepto de obesidad en la infancia y adolescencia con los trastornos de la conducta alimentaria.

## 2. Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica con la finalidad de conocer el estado en el que se encuentran en la actualidad las cuestiones relevantes relacionadas con la obesidad. Para ello, se han utilizado las bases de datos: *PsycInfo*, *Psicodoc*, y Google académico.

En primer lugar, se realizó una búsqueda sobre el concepto “obesidad infantil” y “*childhood obesity*” con el fin de conceptualizar, encontrar una definición de los principales términos que aparecen en trabajo y de obtener documentos relacionados con el tema principal tanto en español como en inglés.

En una segunda búsqueda realizada, se añadieron los términos “hábitos de vida”, “familia” y “obesidad infantil” con el objetivo de conocer cuál es la relación existente entre estos términos y comprobar si se han hallado datos que corroboren la hipótesis de que existe una correlación entre la forma de vida de una familia y la probabilidad de que los menores desarrollen obesidad.

A continuación, se llevó a cabo una tercera búsqueda añadiendo el término “factores” (“*factors*”), donde lo que se buscaba era reconocer aquellos factores que tengan una cierta relevancia en el desarrollo de la obesidad infantil. Más adelante, se hizo hincapié el término “factores sociodemográficos” ya que estos eran los de mayor interés para la realización de este trabajo.

Las búsquedas de información realizadas con posterioridad fueron encaminadas a la obtención de los datos necesarios para comprender el tipo de relación que existe entre los trastornos de la conducta alimentaria y la obesidad, planteando la posibilidad de que la obesidad pudiera ser considerada un trastorno de la conducta alimentaria y buscando las semejanzas que pudieran existir entre ambos problemas de salud. Para ello, se introdujeron en los buscadores

de las bases de datos consultadas los términos “TCA” OR “Trastorno de la conducta alimentaria” (“eating disorders”) AND “Obesidad” (“*childhood obesity*”).

Se han seleccionado principalmente aquellos documentos que establecen una relación entre la obesidad y los hábitos de vida en familia, así como aquellos artículos específicos sobre obesidad infantil. A la hora de seleccionar los artículos, se han tenido solamente en cuenta aquellos escritos en castellano y en inglés.

### **3. Capítulos de contenido**

#### **3.1. Relación entre hábitos de vida y obesidad infantil**

Aunque existen una serie de variables de tipo genético y biológico relacionadas con el desarrollo de obesidad en la infancia que innegablemente tiene una notable influencia, la forma de vida que tiene el menor en sus círculos más próximos, sobre todo en la familia, tiene un papel muy significativo.

Es un hecho que la familia tiene una influencia directa en la conducta alimentaria del menor. La eficacia que se obtenga para introducir distintos tipos de alimentos y de hábitos de alimentación saludables durante el periodo de desarrollo infantil será fundamental para determinar la elección de aquellos alimentos que prefiera consumir y de los que rechace en las siguientes etapas, así como la prevención de la aparición de enfermedades vinculadas con los hábitos alimenticios (Domínguez-Vásquez, Olivares, y Santos, 2008).

Dentro de los aspectos que componen los hábitos de alimentación familiares están cosas tan básicas como el horario de comidas del hogar, la cantidad de alimento que se sirve (raciones), que se tome un solo plato para comer o se sirva un primero y un segundo y un postre, el tipo de comida que se acostumbra a tomar y la forma de introducir los alimentos. Estos elementos están a su vez determinados por otros factores como el tipo de alimentos a los que la familia pueda tener acceso (tanto por ingresos como por el lugar de residencia), la cultura y las tradiciones de la propia familia y del lugar en el que se encuentren o los mensajes que lleguen a través de medios de comunicación u otras fuentes (Domínguez-Vásquez, Olivares, y Santos, 2008).

Un hábito de alimentación que merece una atención especial es el desayuno. Desayunar a diario de forma saludable y completa constituye un factor de prevención para el padecimiento de obesidad infantil. Por tanto, no es suficiente con desayunar, sino que es necesario que esa primera comida del día contenga un lácteo, una pieza de fruta o un zumo natural de fruta y



cereales. Así pues, un desayuno completo y equilibrado es una de las cinco comidas diarias que se recomiendan para un establecimiento de hábitos alimenticios adecuados (Casas y Gómez, 2016).

Todos estos elementos mencionados tienen un papel en el aprendizaje de hábitos alimenticios por parte del niño ya que funcionan como estímulos condicionados que se asocian a distintas situaciones. Lo que ocurre es que, a través de las experiencias vividas por parte del menor con respecto a cada tipo de alimento, se establecen sus preferencias alimentarias en relación con aquellos alimentos con los que su experiencia haya sido más placentera, de modo que haya una mayor probabilidad de que quieran volver a consumirlos en futuras ocasiones. Un claro ejemplo es que habitualmente en situaciones de celebración (como fiestas de cumpleaños) se sirve comida con alto contenido en grasa y azúcar por lo que será más fácil que los niños asocien situaciones agradables a los alimentos que han consumido en este tipo de eventos (Osorio, Weisstaub y Castillo, 2002).

En los primeros momentos de vida, no existen prácticamente diferencias de alimentación entre los individuos, ya que casi la totalidad de las personas se alimentan de leche materna. Es una vez comenzada la transición al consumo variado de alimentos cuando comienzan las diferencias individuales que tienen que ver con la alimentación propia de cada núcleo familiar y con la cultura correspondiente. Por lo tanto, las experiencias tempranas con los alimentos son fundamentales para el establecimiento de los hábitos alimenticios (Osorio, Weisstaub y Castillo, 2002).

Con relación a estas experiencias tempranas, es importante tener en cuenta que, en ocasiones, los niños son expuestos a una sobrealimentación por parte de los padres que está fundamentada en el miedo a que sus hijos no estén “bien alimentados”. Por este motivo, proporcionan a sus hijos una mayor cantidad de alimento de la que es realmente necesaria, lo que provoca que se produzca un deterioro en los mecanismos de regulación de energía de estos niños, que desarrollarán en el futuro una tendencia a consumir mayores cantidades de alimento ya que se habrá perdido la señal innata de saciación (Casas y Gómez, 2016).

Es habitual también que los niños muestren rechazo hacia los alimentos con los que no tienen una experiencia previa, de hecho, este fenómeno se conoce como neofobia. Según Birch y Fisher (1996), a través de la exposición a los alimentos durante 8-10 ocasiones, no habiendo experimentado con ellos ninguna consecuencia negativa desaparecería en la mayoría de las ocasiones esa aversión inicial. Otros autores como García y Bach (1999) afirman algo similar,

ya que indican que exponerse al consumo de un alimento de manera reiterada sin la aparición de ninguna consecuencia negativa aumenta las preferencias hacia este tipo de alimento. Por ello, el rechazo inicial de los niños no supone un problema para la adquisición de hábitos alimenticios, pero lo que sí lo supone, es el desconocimiento de este hecho por parte de los padres, quienes en muchas ocasiones no efectúan las exposiciones necesarias al alimento para que se genere una habituación adecuada hacia él por parte del niño. Por el contrario, las estrategias que se suelen seguir son, o bien de tipo coercitivo lo que puede llegar a provocar el efecto opuesto al deseado o bien se suprime directamente el alimento de la dieta.

Una estrategia que utiliza la gran mayoría de los padres para conseguir que sus hijos ingieran alimentos que les generan rechazo (con frecuencia verdura), es la de ofrecer como recompensa un postre que les resulte apetecible. Esta práctica ha sido estudiada por Capaldi (1996) quien la ha denominado “efecto postre”. Este fenómeno consiste en que el sabor de el alimento que ha sido tomado en último lugar es el que se relaciona a las consecuencias gastrointestinales de la comida. Los datos obtenidos por Capaldi demuestran que los efectos que se obtienen al poner en práctica esta estrategia son contrarios a los deseados, ya que se refuerza la preferencia hacia el alimento que se ofrece como recompensa, pero no cambia la perspectiva del niño con respecto al alimento que se desea incluir en su dieta y si cambia será más negativa como resultado de un proceso comparativo entre ambos alimentos ingeridos.

Además, es necesario señalar el aprendizaje social como forma de adquisición de conductas alimentarias. Rozin (1996) afirma que los menores desarrollan preferencias hacia aquellos alimentos que han sido previamente valorados de forma positiva por sus padres. También existe mayor inclinación hacia alimentos reconocidos como agradables por parte de héroes de ficción, personajes admirados o amigos y compañeros (grupo de pares).

En definitiva, teniendo presente que alimentarse es un acontecimiento social, las personas del entorno del menor (sobre todo los padres) influyen en su comportamiento alimentario de tres formas: comportándose como modelos a imitar, a través de las leyes del aprendizaje (reforzamientos y castigos) y directamente determinado el tipo de alimentación a la que se expone el niño.

Otro aspecto por resaltar es que, a diferencia de lo que ocurría en el pasado, en la actualidad es común que ambos padres pasen una cantidad elevada de horas fuera de casa debido a sus responsabilidades laborales. Como consecuencia, los hijos poseen una mayor libertad de elección a la hora de establecer sus preferencias con respecto a los alimentos

(Domínguez-Vásquez, Olivares, y Santos, 2008). Esta nueva situación hace que sea necesario señalar que comer en familia es extremadamente beneficioso y que se considera un factor de protección contra el desarrollo de la obesidad infantil. Cuando los niños comen solos, viendo la televisión o jugando con aparatos electrónicos, no prestan atención a los alimentos que están ingiriendo y no perciben el momento en el que están saciados por lo que consumen más cantidad de alimento de la que realmente necesitan (Casas y Gómez, 2016).

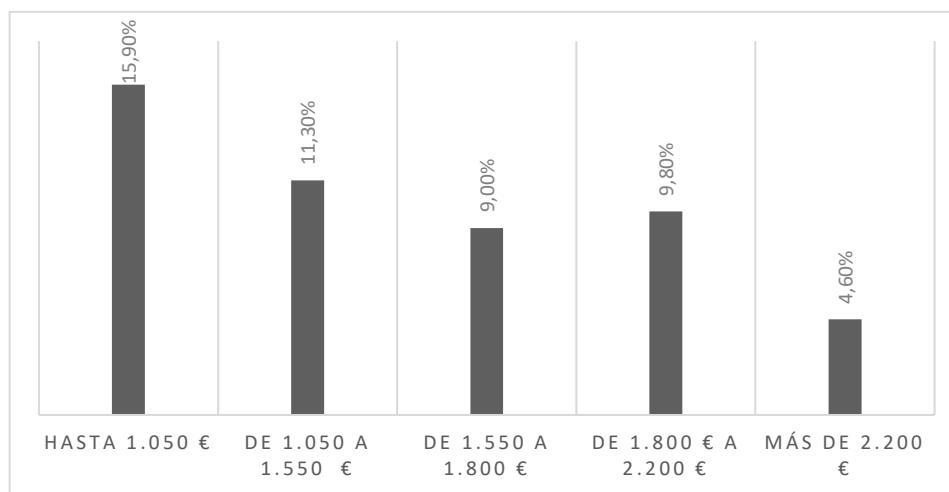
Con gran frecuencia existe un desconocimiento por parte de las familias acerca de cómo debe ser la dieta de los menores para que se considere saludable y equilibrada. Prueba de esto son los datos obtenidos a través del estudio Aladino del año 2015, donde se encontró que el 39% de los menores participantes, con edades comprendidas entre los 6 y los 9 años, desayunaban de forma habitual galletas, mientras que el 12% consumen para desayunar piezas de bollería.

Un aspecto a tener en cuenta es el nivel socioeconómico familiar. La situación económica de los padres influye tanto en la dieta, como en otros aspectos relacionados con el peso del menor. Existe una correlación negativa entre los ingresos totales de la familia y la obesidad infantil de manera que a medida que disminuyen los ingresos, aumenta la probabilidad de que los menores pertenecientes a la familia puedan desarrollar este tipo de enfermedad (Eagle et al, 2012).

A partir de los datos recogidos por el INE sobre menores con edades comprendidas entre los 4 y los 14 años a través de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE, 2017), se encontró que el porcentaje de menores con obesidad era mayor en las familias con ingresos mensuales por debajo de los 1.050€, mientras que el porcentaje más bajo de menores que la padecen se encontró en las familias con un ingreso de más de 2.200€ al mes.

Tabla 2

Porcentaje de menores de 4 a 14 años obesos en función de los ingresos familiares mensuales



*Nota: Recuperado de obesidad infantil y desigualdad de renta (2019)*

Los resultados obtenidos demuestran que los hábitos de vida en las familias con pocos ingresos conducen con mayor probabilidad a que sus hijos puedan padecer obesidad infantil.

Con respecto a la alimentación, los datos que se hallaron demostraron que las familias con ingresos más altos consumen una mayor cantidad de fruta (67%) a diario en comparación con las familias con los ingresos más bajos donde solamente el 51% de los menores consumen fruta todos los días. Con relación al consumo de verduras, también es más frecuente en las familias con mayor poder adquisitivo, ya que el 60% de los menores consume verduras cuatro o más veces por semana frente al 45% en familias con bajos ingresos. También se encontró un resultado muy llamativo en relación con el consumo de bebidas y refrescos azucarados ya que, en familias con menor renta, alrededor del 20% de los menores toman bebidas de este tipo tres o más veces por semana, mientras que en las familias con salarios por encima de los 2.200€ mensuales, el porcentaje desciende hasta el 3,8%.

Es importante destacar también que se ha demostrado la existencia de una correlación positiva entre el sobrepeso y la obesidad en los padres y la probabilidad de que sus hijos lo puedan llegar a desarrollar en el futuro (Danielzik, Czerwinski-Mast, Langnäse, Dilba, y Müller, 2004).

Por otro lado, un estudio realizado por el Imperial College de Londres, demostró que entre los años 1985 y 2017 hubo un mayor crecimiento del Índice de Masa Corporal (IMC) de las personas que viven en el medio rural que en el medio urbano. Esto demuestra un cambio en

la tendencia ya que antes del año 1985 la población urbana tenía un IMC superior en la mayoría de los países.

### **3.2. Factores que influyen en el desarrollo de la obesidad infantil**

El desarrollo de la obesidad se produce a partir de la combinación de una pluralidad de factores que intervienen en su desarrollo de forma más o menos directa, con mayor o menor intensidad y de forma más o menos rápida, es decir, la etiología de la obesidad es multifactorial. Entre los factores más relevantes que están involucrados se encuentran:

3.2.1. **La genética.** Las características genéticas individuales se relacionan con la predisposición de la persona a padecer obesidad. Existe un mayor riesgo de que los hijos puedan padecer obesidad si sus progenitores la padecen. Las estadísticas hablan de un riesgo entre un 69% y un 80% en el caso de que ambos padres la padezcan, mientras que, si es solamente uno de los padres, el riesgo estaría entre el 41% y el 50%. Por el contrario, si no existen antecedentes de obesidad por parte de los padres, el riesgo desciende a un 9% (Durá y Sánchez-Valverde, 2005). Además, en el libro de la nutrición infantil en España (2015) se menciona la existencia de más de 300 genes que están involucrados en el desarrollo de este problema de salud.

3.2.2. **Factores biológicos.** Se ha relacionado la presencia de adenovirus 36 con un aumento del peso corporal y el desarrollo de obesidad. Esto ocurre debido a que el virus provoca una disminución de la oxidación de los ácidos grasos en cultivos de las células musculares induciendo un proceso de lipogénesis<sup>2</sup> (Villavicencio y Valladares, 2017). También existe evidencia de que hay relación entre desórdenes endocrinos, metabólicos y conductuales con la obesidad (Bastarrachea et al., 2005).

3.2.3. **Factores ambientales.** Entre los factores ambientales destacan las nuevas y numerosas formas de transporte que se han desarrollado a partir de la urbanización o la utilización de el ascensor y las escaleras mecánicas. Estos elementos promueven el sedentarismo y provocan que no exista la necesidad de caminar para llegar de un lugar a otro de modo que disminuye el consumo de energía en todos los grupos poblacionales. Otro factor que tiene una influencia significativa es la publicidad que se hace en los medios de comunicación de alimentos cuya aportación nutricional es poco beneficiosa para los

---

<sup>2</sup> Reacción bioquímica por la cual son sintetizados los ácidos grasos de cadena larga esterificados para formar triglicéridos o grasas de reserva.

consumidores (Osorio, Weisstaub y Castillo, 2002). Por otra parte, sobre todo en los barrios en los que el nivel socioeconómico está por debajo de media de la población, se ha limitado el acceso a zonas lúdicas infantiles en las que llevar a cabo actividades no sedentarias (Casas y Gómez, 2016).

3.2.4. **Alimentación.** Cuando se habla de obesidad, con frecuencia la alimentación es el factor que se tiene en cuenta en primer lugar, del mismo modo que si una persona pretende bajar de peso, los primeros cambios que se introducen en el estilo de vida tienen que ver con la dieta. La manera de alimentarse de la población ha sufrido un drástico cambio en las últimas décadas sobre todo en el entorno urbano. Ha aumentado el consumo de alimentos con alto contenido en grasa y azúcar mientras que, debido en parte al aumento de su precio, el consumo de frutas y verduras frescas ha disminuido. Este consumo de alimentos con bajo valor nutricional se ve fomentado también por la industria de los alimentos ya que es quién se encarga de comercializarlos en masa y han recibido una gran aceptación por parte de la población debido a que son enormemente saciantes, tienen un sabor apetecible y son asequibles económicamente. (Diario Información, 2016).

El programa Thao del año 2015 afirma que tan solo el 14,8% de la población infantil consume las 5 raciones diarias de fruta y verdura recomendadas por su contenido en nutrientes esenciales. En este mismo estudio se encuentra que el porcentaje de niños que no consumen habitualmente pescado y legumbre (que son una importante fuente de proteínas) supera el 30% y que los frutos secos, con alto contenido en ácidos grasos saludables y minerales, no son parte de la dieta de más de la mitad de la población infantil. Por el contrario, los resultados del estudio con respecto a snacks poco saludables y bollería, que son completamente innecesarios a nivel nutricional, se encontró que el 20% de esta población consume este tipo de productos más de una vez al día. A esto se suma que el 28,9% de los menores acuden una vez por semana a restaurantes de “comida rápida” donde la gran mayoría de los alimentos que se venden pertenecen a este grupo.

3.2.5. **Actividad física.** La importancia de la realización de actividad física como factor implicado en el desarrollo de obesidad infantil es equivalente al de una alimentación adecuada. La realización de ejercicio físico garantiza el mantenimiento de un peso adecuado a largo plazo, está relacionado con un bienestar integral de la persona, mejora la autoestima e interviene positivamente en la aparición de problemas de tipo cardiovascular como la hipertensión arterial o la diabetes. Por otro lado, la urbanización llevada a cabo sobre todo en

las grandes ciudades ha provocado una disminución de las zonas en las que realizar actividades deportivas (Casas y Gómez, 2016).

Las recomendaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud sobre ejercicio físico se dividen en tres grupos de edad: entre los 5 y los 17 años se recomienda un mínimo de 60 minutos al día de actividad de tipo aeróbica con una intensidad de moderada a vigorosa, entre los 18 y los 64 años la recomendación es de un mínimo de 150 minutos por semana de actividad de tipo aeróbica con una intensidad moderada, o 75 minutos vigorosa o una combinación que sea equivalente y para la personas de más de 65 años lo recomendados es que realicen, en sesiones de mínimo 10 minutos, actividad aeróbica moderada durante 150 minutos por semana, o vigorosa durante 75 minutos o una combinación de ambas que sea correspondiente.

El cumplimiento de estas recomendaciones aporta beneficios a nivel físico, como un peso corporal adecuado, menor probabilidad de padecer enfermedades del corazón, o diabetes, mayor capacidad y coordinación física, fortalecimiento de músculos y huesos y mayor descanso al dormir; a nivel psicológico, como una mejora de la autoimagen y un aumento del bienestar, menores niveles de estrés y mejora de la capacidad de concentración y el rendimiento académico; y social, como el aumento de las situaciones de relación familiar y de la comunicación, desarrollo de las habilidades interpersonales y comprensión del valor del trabajo en grupo y de otros valores (Casas y Gómez, 2016).

**3.2.6. Actividades de ocio.** El actual incremento de peso en la población infantil tiene relación con las actividades de ocio que realizan con mayor frecuencia los menores, ya que una gran parte de ellas son actividades sedentarias. Ver la televisión, jugar a videojuegos a través de consolas u ordenadores y pasar tiempo con el teléfono móvil son las actividades de ocio a las que más tiempo libre dedican. De este modo, el tiempo dedicado a actividades de ocio que implique actividad física se ve reducido e incluso puede llegar a ser nulo en algunos casos (Janssen et al, 2015). Con relación a esto, Gómez-Cabello et al. (2012) concluyeron que cada hora dedicada a jugar a videojuegos durante los fines de semana se relaciona con un aumento del 9,4% de los niveles de adiposidad en los niños, mientras que cada hora dedicada a ver la televisión está asociada a un aumento del 26,8%. Las recomendaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud con respecto al uso de pantallas son de un máximo de 2 horas al día.

3.2.7. **Factor social y económico.** Con relación a la propia economía de los menores, existe un cambio con respecto a las anteriores generaciones que tiene que ver con el aumento de la renta per cápita y como consecuencia el aumento de la paga que se les concede a los hijos. Esto desemboca en un mayor acceso de manera autónoma a productos menos sanos que se consumen sin la supervisión y control de adultos.

3.2.8. **Sueño.** Para que el sueño se considere reparador hay que tener en cuenta dos factores: las horas de sueño y la calidad de este. Con respecto a las horas, los pediatras recomiendan que se duerma entre 11 y 13 en edad preescolar y de 10 a 11 en edad escolar. También es importante que los horarios en los que se va a dormir sean regulares, es decir, que se acuesten y despierten en horas similares tanto entre semana como durante el fin de semana. Si un menor no duerme las horas necesarias, durante la jornada, su capacidad para realizar las actividades diarias se verá afectada, pero, además, se verá implicada la función de trasladar la señal de hambre y de saciación al cerebro propia del sistema de regulación de energía. De este modo, se buscará obtener energía a través de otro mecanismo como la alimentación solicitando alimentos de alto contenido calórico y en mayor cantidad. Por lo tanto, una baja calidad de sueño implica el doble de riesgo de padecer sobrepeso u obesidad infantil (Casas y Gómez, 2016).

### **3.3. Obesidad infantil y trastornos de la conducta alimentaria**

La obesidad en la etapa de la infancia no solamente tiene relevancia a causa de su prevalencia en etapas posteriores de la vida de la persona, sino que puede desencadenar también otros trastornos de la conducta alimentaria. Los trastornos de la conducta alimentaria tienen su origen en la mayoría de los casos en la infancia y en la adolescencia, momentos en los que existe una verdadera dificultad para identificar lo que está ocurriendo tanto por parte del menor como de los adultos de su entorno (Osorio, Weisstaub y Castillo, 2002).

Trastorno de la conducta alimentaria (TCA – DSM-5) es aquel trastorno en el que exista una alteración de la conducta alimentaria como bien indica el nombre, pero lo que es realmente importante conocer es el motivo por el cual existe esta alteración que suele estar directamente relacionado con un intento por parte del individuo de controlar su cuerpo y su peso (Pérez, 2017). En los trastornos de la conducta alimentaria, ocurre una sobrevaloración por parte de las personas con respecto a su propio peso y a la forma de su cuerpo que le conduce a sobreestimar la importancia de su peso y lo trata de dominar a través de la alimentación y del control del peso perjudicando su salud. El principal argumento para no considerar la obesidad como un



trastorno de la conducta alimentaria es que no todos los casos (aunque sí la mayoría) tienen un origen exógeno ya que entre el 3 y el 5% están determinados por factores genéticos, es decir, tienen un origen endógeno. Pero el hecho de no ser considerado un trastorno de la conducta alimentaria no impide que existan grandes similitudes con aquellos trastornos que sí se encuentran dentro de esta categoría diagnóstica, puesto que en ambas situaciones existe un patrón de alimentación anómalo (ya que el patrón de conducta alimentario se aleja del de la población general) que puede desencadenar fenómenos de tipo fisiológico, biológico, psiquiátrico, psicológico y social que tengan como consecuencia la desestabilización de la vida de quien los sufre. Además, en ambos casos se muestra una percepción negativa de la persona respecto a su propio cuerpo acompañados de una baja autoestima. Con relación a los antecedentes, sin llegar a hacer una generalización, se puede afirmar que, en muchas ocasiones, tanto si hablamos de TCA como de sobrepeso y obesidad, nos encontramos con historias previas de abuso físico, sexual y/o psicológico (Méndez, 2019).

Anteriormente se consideraba que la obesidad, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el resto de trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos, eran asuntos separados que no tenían relación unos con otros. Sin embargo, la tendencia actual es a reconocer que existen muchas convergencias. Tanto es así, que no es infrecuente encontrar caso en los que en misma persona a lo largo de su trayectoria vital se hayan desarrollado varios de estos problemas.

Dadas las similitudes, parece sensato hablar de una posible migración diagnóstica de trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa con obesidad y viceversa estableciendo el peso de la persona como el factor que determinaría la posición dentro del continuo, estando el trastorno de la conducta alimentaria en un extremo y la obesidad en el lado opuesto. Esta bidireccionalidad tiene como consecuencia que el padecer uno de estos problemas es de por sí un riesgo para desarrollar en etapas futuras otra patología del continuo. Es decir, una situación de trastorno psicológico puede desencadenar una obesidad como consecuencia de un abandono físico, sedentarismo y una adquisición de hábitos poco saludables y al mismo tiempo, padecer obesidad puede provocar un detrimento en la calidad de vida de la persona que más adelante ocasione problemas psicológicos graves como la depresión. Por otro lado, puede ocurrir lo contrario, que una persona con obesidad cuya meta sería eliminar el exceso de masa corporal, realice conductas restrictivas propias de quienes padecen bulimia (Méndez, 2019).

#### **4. Discusión**

La preocupación y el interés generalizado por parte de la población acerca de los problemas de sobrepeso y obesidad en adultos, pero sobre todo en niños, parece haber aumentado en los últimos años. A raíz de los estudios que demuestran que padecer este problema en la infancia hace muy probable que se mantenga durante la edad adulta y las dificultades que existen a la hora de eliminarlo, una importante parte de la sociedad está cada vez más concienciada de la importancia de los hábitos saludables de vida, pero aún existe un largo proceso de concienciación donde todos los individuos conozcan los riesgos que conlleva y por tanto se trate de prevenir llevando un estilo de vida más saludable.

Como ya se ha dicho, la obesidad es un problema de salud pública, por lo que afecta en mayor o menor medida a toda la población en su conjunto. A causa de esto, el abordaje de este problema debe ser llevado a cabo desde la mayor variedad de disciplinas y ámbitos posible de manera que el mensaje pueda alcanzar a un elevado porcentaje de la sociedad si no es a su totalidad.

En primer lugar, parece indispensable que haya un mayor conocimiento de los factores que influyen en el desarrollo de este problema, de todas las consecuencias que acarrea, y, sobre todo, acerca de qué se puede hacer, de forma individual y colectiva, para evitarlo o tratarlo, por parte de la población. Una vez se tenga esta información, será más sencillo orientar de manera adecuada las intervenciones y actuaciones (llevadas a cabo por profesionales expertos en la materia o por la población en general) para que tengan una mayor efectividad.

Teniendo en cuenta las dificultades que se encuentran a la hora de tratar de forma eficaz el problema de la obesidad, parece de mayor utilidad realizar tareas de promoción de hábitos de vida saludables acompañadas de un abordaje preventivo con aquellas poblaciones que mayor riesgo tengan de padecerla. Un grupo vulnerable y con el que sería conveniente comenzar de forma temprana con la prevención, es el de aquellos menores en los que estén presentes varios de los factores de riesgo ya explicados.

Lo más adecuado sería comenzar a prevenir en edades muy tempranas e incluso sería beneficioso concienciar a futuros padres sobre lo que puede suponer para sus futuros hijos la obesidad. Por esta y muchas otras razones se debe destacar el papel fundamental que posee la familia a la hora de prevenir la obesidad infantil. Lo más apropiado sería que desde un comienzo se desarrollaran hábitos de vida saludables por parte de las familias quienes,

contando con apoyos externos, enseñaran a sus hijos desde el principio a desarrollar una forma de vivir sana.

Es importante recalcar que no toda la responsabilidad se debe dejar en manos de las familias ya que parece imprescindible un abordaje del tema por parte de quienes gobiernan, instaurando políticas que vayan a favor de este tipo de estilo de vida promoviendo dietas equilibradas en las que los principales alimentos consumidos sean aquellos con alto contenido en nutrientes y bajo en grasas y azúcares; y la realización de ejercicio físico de manera asidua adaptado al grupo social que corresponda. Por lo tanto, las políticas deben ir orientadas hacia un cambio en el estilo de vida abordado de manera multidisciplinar y holística en el que ámbitos como el de la medicina, la psicología y la nutrición humana estén implicados.

Además, con respecto a las diferencias que se han encontrado entre la alimentación de los menores en las familias dependiendo de los ingresos de los padres, sería de gran utilidad que se pudiera establecer un plan de ayuda a este tipo de grupos de familias que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad, lo que implica una mayor probabilidad de que los hijos padezcan obesidad. Junto a esto, podría tener resultados positivos proporcionar a estas familias conocimientos acerca de hábitos saludables y nociones sobre salud nutricional para que sepan distinguir aquellos alimentos cuyo contenido nutricional sea adecuado, de aquellos que no lo es tanto.

Con todo esto, dos formas de evitar la obesidad infantil que se pueden poner en práctica de manera sencilla y que pueden resultar muy efectivas son: el establecimiento de unas pautas de alimentación adecuadas y el seguimiento de una rutina de actividad física.

Con respecto a las pautas de alimentación saludables, es imprescindible que se lleven a cabo tanto en las familias como en los entornos escolares donde muchos menores comen durante la semana. Es imprescindible que en todos los ámbitos importantes en la vida del niño se posean nociones sobre una nutrición adecuada y se le dé importancia a la composición de nutrientes de los alimentos que se proporciona al niño.

De acuerdo con esto, cabe destacar una iniciativa llevada a cabo desde el Instituto Médico Europeo de la Obesidad (IMEO) con la colaboración de una asociación de amas de casa, cuya finalidad era demostrar que comprar y comer alimentos saludables no tiene por qué ser algo que solo se puedan permitir personas con alto poder adquisitivo. Esta iniciativa, denominada “Compra sano *Low Cost*” propone una serie de consejos o medidas:

1. Buscar un supermercado cercano al lugar de residencia al que no sea necesario desplazarse en coche.
2. Planificar un menú semanal realizando una lista de la compra con todos los alimentos necesarios para preparar los platos de la semana de forma que solamente se comprará lo imprescindible.
3. Realizar la compra en un momento del día en el que no se tenga hambre, preferentemente después de haber tomado una comida.
4. Acudir a realizar la compra sin prisa para poder leer detenidamente las etiquetas de los productos y conocer su composición nutricional.
5. Comprar la fruta y la verdura durante la última hora de la tarde porque en ese momento, en algunos mercados o supermercados la ponen más barata con el fin de que no se desperdicie.
6. Sustituir los envases de yogurt individuales por los de medio litro ya que son más económicos.
7. Aprovechar las ofertas para comprar varias unidades de alimentos que no sean perecederos.
8. Comprar únicamente las unidades de productos frescos que se vayan a consumir.
9. Consumir legumbres al menos tres veces por semana ya que son económicas, saludables y saciantes.
10. Consumir pescado de dos a tres veces por semana pudiendo optar por pescados asequibles como la panga o el atún en latas.
11. Llevar bolsa propia para hacer la compra, ya que no se tendrá que invertir dinero en comprar otra.

En relación con la actividad física, una forma de conocer cuánta actividad física se debería realizar por semana y qué tipo de actividades son las más adecuadas para cada grupo de edades, es siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud que han sido nombradas con anterioridad. Además, se puede fomentar la actividad física en los niños realizan pequeñas modificaciones en las actividades de la vida diaria como ir caminando al centro educativo, siempre y cuando sea posible, o utilizar las escaleras en lugar del ascensor o de las escaleras mecánicas. Asimismo, involucrar a los hijos en la realización de las tareas del

hogar puede ser también un recurso para combatir el sedentarismo dentro de casa. Por otro lado, parece indispensable que se fomente la actividad física en otros ámbitos de la vida del niño, sobre todo en el colegio ya que es allí donde pasa gran parte de su día. Además, es importante fomentar el movimiento durante el fin de semana ya que durante estos días los niños no tienen la obligación de acudir al colegio y, por lo tanto, existe la posibilidad de que permanezcan todo el día en casa.

Un último aspecto por destacar es el de los medios de comunicación y los mensajes que comparten. Sobre todo, en la publicidad (tanto en la televisión, como a través de internet y de las redes sociales), donde se anuncian de manera frecuente, alimentos y bebidas con un elevado contenido calórico en los que predominan las grasas y azúcares y, por tanto, con pobres valores nutricionales. Teniendo en cuenta las cantidades de dinero que mueven estos productos parece poco probable que se dejen de publicitar, pero una medida que puede tomarse es evitar los mensajes engañosos acerca de esos productos. Es decir, realizar una publicidad honesta donde los componentes del alimento queden lo suficientemente claros de modo que la persona tome la decisión de consumirlo sabiendo qué es lo que está adquiriendo, sobre todo si son productos dirigidos a la población infantil.

La publicidad no solo genera mayor visibilidad con respecto a este tipo de alimentación poco saludables, sino que además inculca en la población una búsqueda de los cánones de belleza y un ideal físico que nunca cumple con unas metas realistas. Esto es mucho más notorio en la población joven ya que todavía se encuentran en proceso de formación de la personalidad. Lo que ocurre es que la imagen que tenemos con respecto a nuestro cuerpo está directamente influenciada por el contexto que nos rodea siendo lo establecido en los medios publicitarios el estándar al que nos debemos ajustar si queremos que nuestra imagen sea la que se espera de nosotros. Esto genera un riesgo en la población más joven que tratará de alcanzar esa imagen estereotipada, aunque para conseguirlo esté perjudicando su propia salud tanto física como psicológica. De este modo, las personas con obesidad, sobre todo en etapas tempranas de la vida, sufrirán una mayor estigmatización ya que su imagen física se corresponde con lo contrario a lo que la sociedad considera adecuado y exitoso.

Por otro lado, parece bastante contradictorio que, en una sociedad con unos cánones de belleza claramente inclinados hacia un cuerpo delgado, en el caso de las mujeres y atlético, en el caso de los hombres, exista cada vez un mayor número de personas con problemas de obesidad. Esta disparidad entre lo considerado ideal y la realidad, puede generar, por un lado,

una disconformidad corporal que desembocase en problemas psicológicos de mayor gravedad, y por otro, la idealización de lo considerado inalcanzable por los individuos.

A esta publicidad se une al fácil acceso que se tiene por parte de los menores al consumo de este tipo de alimentos, ya que además de la amplia variedad que existe, se puede acceder a ellos de manera mucho más sencilla que a otro tipo de alimentos más saludables. Este es el caso de las ya conocidas máquinas expendedoras que se encuentran en muchos centros de estudio y de ocio frecuentados por menores en las que solamente se pueden adquirir productos con pobres valores nutricionales y alto contenido en calorías.

Queda claro que modificar el estilo de vida de forma que se adopten unos hábitos saludables es una tarea compleja. Por lo que es imprescindible la participación y colaboración de todos los círculos en los que se mueve el menor, tanto aquellos más directos, como familia y centro de estudios como aquellos más indirectos, como la política, la sanidad o los medios de comunicación. Estos hábitos saludables deben abarcar todas las áreas posibles, haciendo hincapié en el tipo de alimentación, el aumento de tiempo dedicado a la realización de ejercicio físico y la reducción de actividades sedentarias.

## 5. Referencias

- AECOSAN. (2015). Estudio ALADINO 2015. Alimentación, Actividad física, Desarrollo Infantil y Obesidad. Recuperado de: [http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Estudio\\_ALADINO\\_2015.pdf](http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Estudio_ALADINO_2015.pdf)
- Alto comisionado para la lucha contra la pobreza infantil. (2019). *Obesidad infantil y desigualdad de renta*.
- Amigo, I. (2018). *Obesidad infantil 2ª edición actualizada*, España, Universidad de Oviedo.
- Arriscado, D., Muros, J. J., Zabala, M. y Dalmau, J. M. (2014). Influencia del sexo y el tipo de escuela sobre los índices de sobrepeso y obesidad. *Revista de pediatría de atención primaria*, 6 (64).
- Bastarrache, R.A., Castro, G., Laviada, H, Villanueva, R, Llamas, G y Comuzzie, A. G. (2005). Aspectos endocrinos, metabólicos y genéticos de la disfunción endotelial y su relación con la obesidad visceral. *Medicina interna de Mexico*, 21.
- Benito, M. (2019). La nueva epidemia de obesos rurales. Recuperado de: <https://www.quo.es/salud/a27414018/la-nueva-epidemia-de-obesos-rurales/>
- Birch, L., y Fisher, J. (1996). The role of experience in the development of children's eating behavior. *Why we eat what we eat: The psychology of eating*, 113–141.
- Casas, R. y Gómez, S. F. (2016). Estudio sobre la situación de la obesidad infantil en España. Recuperado de: [https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/5810\\_d\\_Estudio-sobre-la-situacion-de-la-obesidad-infantil-en-espana.pdf](https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/5810_d_Estudio-sobre-la-situacion-de-la-obesidad-infantil-en-espana.pdf)
- Chueca, M. Azcona, C., y Oyarzábal, M. (2011). *Obesidad infantil*, Pamplona. España, Hospital Virgen del Camino.
- Cuadro, E. y Baile, J.I. (2015). El trastorno por atracón: análisis y tratamientos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6 (2), 97-107.
- Danielzik, S., Czerwinski-Mast, M., Langnäse, K., Dilba, B. y Müller, M. J., (2004). Parental overweight, socioeconomic status and high birth weight are the major determinants of overweight and obesity in 5-7-year-old children: Baseline data of the Kiel Obesity Prevention Study. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 28(11), 1494-1502.

- Domínguez-Vásquez, P., Olivares, S. y Santos, J. L. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos latinoamericanos de nutrición*, 58(3).
- Durá, T y Sánchez-Valverde, F. (2005). Obesidad infantil ¿Un problema de educación individual, familiar o social?. *Acta pediátrica española*, 65(6), 204-207.
- Eagle, T. F., Sheetz, A., Gurm, R., Woodward, A. C., Kline-Rogers, E. y Leibowitz, R., ... Eagle, K. A. (2012). Understanding childhood obesity in America: linkages between household income, community resources, and children's behaviours. *American heart journal*, 163 (5), 836-843.
- Especialistas en nutrición y amas de casa se unen en la iniciativa "Compra sano Low Cost". *Blog stop a la obesidad*. (2013). Recuperado de: <https://stopalaobesidad.com/2013/05/17/especialistas-en-nutricion-y-amas-de-casa-se-unen-en-la-iniciativa-compra-sano-low-cost/>
- García, E. y Bach, L. (1999). Preferencias y aversiones alimentarias. *Anuario de psicología*, 30(2), 55-77.
- Gil, J.M. y Takourabt, S. (2016). Socio-economics, food habits and the prevalence of childhood obesity in Spain. *Child: care, health and development*, 43(2), 250-258.
- Gómez-Cabello, A., González, A., Guillén, A., Casajús, J. A., Ara, I. y Vicente, G. (2012). Actividad física y obesidad en poblaciones con características específicas. *Archivos de medicina del deporte*, 29(150), 805-819.
- Gómez, S.F., Estévez, R., Palacios, N., Leis, M. R., Tojo, R., Cuadrado, C., ... Casas, R. (2015). Thao-Child Health Programme: community based intervention for healthy lifestyles promotion to children and families: results of a cohort study. *Nutrición hospitalaria*, 32(6), 2584-2587.
- González, E. (2011). Genes y obesidad: una relación de causa-consecuencia. *Endocrinología y nutrición*, 58(9),492-496.
- Janssen, X., Basterfield, L., Parkinson, K. N., Pearce, M., Reilly, J. K., Adamson, A. J. y Reilly, J. J. (2015). Determinants of changes in sedentary time and breaks in sedentary time among 9 and 12 year old children. *Preventive Medicine Reports*, 2, 880–885.



- La publicidad aumenta el consumo de comida basura en niños. (16 de julio de 2016). *Diario información*. Recuperado de: <https://www.diarioinformacion.com/vida-y-estilo/salud/2016/07/16/publicidad-aumenta-ingesta-alimentaria-comida/1786105.html>
- Lipogénesis (s.f.). En *Wikipedia*. Recuperado en febrero de 2020 de <https://es.wikipedia.org/wiki/Lipog%C3%A9nesis>
- Lujan, A. M., Piat, G. L., Ott, R. A. y Abreo, G. I. (2010). Obesidad infantil, la lucha contra un ambiente obesogénico. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina*, 197.
- Méndez, A. (2019). ¿Es la obesidad un nuevo trastorno alimentario?. *Cómete el mundo*. Recuperado de: <http://cometeelmundotca.es/index.php/blog/item/229-es-la-obesidad-un-nuevo-trastorno-alimentario>
- Obesidad. *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de: <https://www.who.int/topics/obesity/es/>
- OMS. (2017). *10 datos sobre la obesidad*. Recuperado de: <https://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/>
- OMS. (2019). Mapping the health system response to childhood obesity in the WHO European Region: An overview and country perspectives. Recuperado de: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0019/401176/Childhood-obesityweb.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/401176/Childhood-obesityweb.pdf)
- OMS. (n.d.). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Recuperado de: [https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_recommendations/es/](https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/es/)
- Osorio, J., Weisstaub, G. y Castillo, C. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Revista chilena de nutrición*, 29(3).
- Pallares, J. y Baile, J. I. (2012). Estudio de la obesidad infantil y su relación con la imagen corporal en una muestra española. *Psychologia avances en la disciplina*, 6(2), 13-21.
- Pérez, A. (2017). *Trastornos de la conducta alimentaria: estudio de variables clínicas y propuesta de una tipología* (tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Rivero, M. Moreno, L.A., Dalmau, J., Moreno, J. M., Aliaga, A., García, A., Varela, G. y Ávila, J.M. (2015). Libro blanco de la nutrición en España. Zaragoza, España: Prensas de la Universidad de Zaragoza.

Rozin, P. (1996). The socio-cultural context of eating and food choice. *Food Choice, Acceptance and Consumption*, 83-104.

Villavicencio, F y Valladares, M. (2017). Adenovirus 36 y su potencial contribución en el desarrollo de obesidad. *Revista médica de Chile*. 145, 1054-1059.