



Comunicación breve

Factores asociados al sobrepeso u obesidad en menores de 35 meses, en El Salvador 2021

DOI: 10.5377/alerta.v9i3.22356

Wendy Yasmara Chirino Molina

Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud, San Salvador, El Salvador.

Correspondencia

✉ yasmara1932@gmail.com

ORCID: 0009-0004-3682-3620

Resumen

Introducción. El sobrepeso y la obesidad infantil constituyen un problema de salud pública, debido a sus repercusiones metabólicas inmediatas y a largo plazo. La prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil y en adolescentes de América Latina y El Caribe ha incrementado en las últimas décadas; se estima que aproximadamente tres de cada diez presentan exceso de peso. **Objetivo.** Identificar los factores asociados con el sobrepeso y la obesidad en niños menores de 35 meses en El Salvador. **Metodología.** Estudio transversal analítico de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud de El Salvador 2021. **Resultados.** Se incluyeron 2027 niños menores de 35 meses. La mayor proporción de sobrepeso y obesidad se observó en el grupo de seis a 11 meses (56,2 %). La ausencia de lactancia materna y la introducción temprana de bebidas azucaradas mostraron una asociación significativa con el exceso de peso (ORP 6,5; CI 95 % 4,2-10,1). **Conclusión.** La ausencia de lactancia materna y la introducción precoz de bebidas azucaradas constituyen los principales factores asociados con el sobrepeso y la obesidad durante la primera infancia, lo que resalta la necesidad de fortalecer las intervenciones dirigidas a promover la lactancia materna y prácticas adecuadas de alimentación complementaria desde los primeros meses de vida.

Palabras clave

Lactancia Materna, Obesidad Infantil, Bebidas Azucaradas.

Abstract

Introduction. Childhood overweight and obesity constitute a public health problem due to their immediate and long-term metabolic consequences. The prevalence of overweight and obesity among children and adolescents in Latin America and the Caribbean has increased in recent decades; it is estimated that approximately three out of every ten are overweight. **Objective.** Identify the factors associated with overweight and obesity in children under 35 months of age in El Salvador. **Methodology.** An analytical cross-sectional study using data from the 2021 El Salvador National Health Survey. **Results.** A total of 2027 children under 35 months of age were included. The highest proportion of overweight and obese children was observed in the 6- to 11-month age group (56.2 %). The absence of breastfeeding and the early introduction of sugar-sweetened beverages were significantly associated with excess weight (ORP 6.5; 95 % CI 4.2-10.1). **Conclusion.** The absence of breastfeeding and the early introduction of sugar-sweetened beverages are the main factors associated with overweight and obesity during early childhood, highlighting the need to strengthen interventions aimed at promoting breastfeeding and appropriate complementary feeding practices from the first months of life.

Keywords

Breast Feeding, Pediatric Obesity, Sugar-Sweetened Beverages.



ACCESO ABIERTO

Factors associated with overweight and obesity in children under 35 months, in El Salvador 2021

Citación recomendada:

Chirino Molina WY. Factores asociados al sobrepeso u obesidad en menores de 35 meses, en El Salvador 2021. Alerta. 2026;9(3):255-263. DOI: 10.5377/alerta.v9i3.22356

Editora:

Veralís Morán.

Recibido:

18 de junio de 2024.

Aceptado:

30 de junio de 2026.

Publicado:

31 de julio de 2026.

Contribución de autoría:

WYCM: concepción del estudio, búsqueda bibliográfica, recolección de datos, manejo de datos o software, análisis de datos, redacción, revisión y edición.

Conflicto de intereses:

La autora declara no tener conflicto de intereses.

Introducción

El sobrepeso y la obesidad en menores de dos años de edad constituyen un problema creciente de salud pública a nivel

global. En América Latina, diversos estudios han documentado que la ausencia de la lactancia materna exclusiva se asocia con mayor riesgo de sobrepeso y obesidad en menores de dos años^{1,2}.

Además, la evidencia ha demostrado que la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y su continuación hasta los dos años actúan como un importante factor para prevenir el desarrollo de la obesidad en la infancia^{3,4}. Asimismo, en Ecuador, el análisis de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 evidenció que la interrupción temprana de la lactancia materna se relaciona con un mayor índice de masa corporal en niños menores de dos años³.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que el ingerir bebidas azucaradas, se ha asociado con un mayor riesgo de sobrepeso y obesidad en la infancia, debido a que contienen altos niveles de sodio, grasas saturadas, azúcares añadidos y bajos nutrientes esenciales^{5,6}.

En El Salvador, la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2021 evidenció que la prevalencia de sobrepeso en menores de cinco años alcanzó el 8,3 %, lo que representa un incremento respecto al 6,4 % reportado en 2014. Esto mostró una tendencia ascendente del exceso del peso en la primera infancia. No obstante, en El Salvador es limitada la evidencia reciente que explora de manera integral los factores asociados a sobrepeso y obesidad. En este contexto, el uso de la información proveniente de la ENS 2021, permite realizar un análisis secundario que contribuya a la generación de evidencia⁷. Por lo que este estudio tiene como objetivo identificar los factores asociados con el sobrepeso y obesidad en menores de 35 meses, según la ENS, de El Salvador 2021.

Metodología

Se realizó un estudio transversal analítico basado en los datos de la ENS, de El Salvador 2021⁷. Esta encuesta poblacional recolectó información de los 14 departamentos de El Salvador e incluyó resultados de 16 500 hogares con representatividad a nivel nacional. El sistema de salud salvadoreño organiza el territorio en cinco regiones de salud: occidental, central, paracentral, oriental y metropolitana.

En el presente estudio, se incluyeron los registros correspondientes a niños y niñas menores de 35 meses con entrevistas completas y con clasificación válida del estado nutricional.

Se consideraron como variables independientes: edad del menor, sexo, área de residencia, departamento y región de salud, estructura familiar, edad del cuidador principal, prácticas de alimentación infantil, consumo de bebidas azucaradas y acceso a tecnología en el hogar. La estructura familiar se clasificó en hogar monoparental

o biparentales, según presencia de uno o ambos progenitores en el hogar. La variable de edad del cuidador correspondió a la edad de la persona responsable principal del cuidado del niño, categorizada < 50 años y > 50 años o más.

Las prácticas de alimentación incluyeron: lactancia materna exclusiva (recepción únicamente de leche materna en los primeros seis meses)⁷, lactancia materna continuada (recepción de leche materna después de los seis meses junto con otros alimentos), alimentación con fórmula infantil, consumo de verdura y de bebidas azucaradas, según el reporte en la encuesta.

La variable acceso a tecnología se definió como la disponibilidad en el hogar de al menos un dispositivo tecnológico de comunicación o información, como televisión, computadora, teléfono móvil o acceso a internet, clasificada de forma dicotómica como sí (presencia de al menos un dispositivo) o no (ausencia de todos los dispositivos).

La variable dependiente fue el estado nutricional, evaluado mediante la medición directa de peso y talla realizada en la encuesta con equipo antropométrico estandarizado⁷. Se utilizaron los estándares de crecimiento de la OMS, expresando los indicadores en puntaje Z. Se definió normopeso un valor de peso entre -2 y +2 desviaciones estándar (DE). Se clasificó como sobrepeso a un valor mayor a +2 DE, y como obesidad a un valor superior a +3 DE⁷. Se excluyeron los menores con bajo peso o desnutrición.

La base de datos fue proporcionada por la Unidad de Investigación del Instituto Nacional de Salud (INS), en formato lineal. Posteriormente se realizó un proceso de depuración, verificación de consistencia y evaluación de completitud. Se aplicó un punto de corte de 20 % de datos faltantes por variable para definir su inclusión en el análisis, criterio aplicado a nivel de variable y no de observaciones individuales. Las variables excluidas bajo este criterio no correspondieron al desenlace ni a exposiciones principales del estudio, y su exclusión no comprometió el tamaño muestral ni los objetivos del análisis.

La edad se analizó como variable continua; al no seguir una distribución normal según la prueba Anderson-Darling, se describió mediante la mediana y rango intercuartílico. Se realizó análisis bivariado mediante las tablas de contingencia, estimando odds ratio de prevalencia (ORP) con intervalos de confianza del 95 % y un nivel de significancia de ($p < 0,05$). Se construyeron modelos de regresión logística estratificados por grupos de edad (< 6 meses, seis a 11 meses, 12-24 meses y 25-35 meses), defi-

nidos según etapas biológicas y nutricionales de la primera infancia. Las asociaciones ajustadas corresponden a estimaciones obtenidas al incluir variables sociodemográficas y de alimentación consideradas como posibles factores de confusión.

La selección de variables para el modelo multivariado se basó en criterios epidemiológicos y evidencia científica, que incluyó variables relevantes como estructura familiar, edad del cuidador y prácticas de alimentación independientes de la significancia estadística en el análisis bivariado. Se evaluaron los modelos de regresión, la independencia de las observaciones, la ausencia de colinealidad entre variables independientes y la estabilidad de estimaciones. La precisión de los resultados se evaluó mediante intervalos de confianza del 95 % y la bondad de ajuste del modelo mediante pruebas estadísticas.

El procesamiento de los datos se realizó utilizando Microsoft Excel 365 con complemento Real Statistics para la depuración y análisis descriptivo, y Epi Info versión 7.2.4.0 para el análisis inferencial.

Este estudio se llevó a cabo siguiendo las pautas éticas del Consejo de Organizaciones de Ciencias Médicas (CIOMS). Se utilizó únicamente información contenida en la base existente, anonimizada y codificada para garantizar la confidencialidad de cada caso. Este estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación en Salud del INS Salud, bajo el número de aprobación N°CEINS/2023/013.

Resultados

Se analizó un total de 2027 registros de niños menores de 35 meses. Del total, el 50,12 % era del sexo masculino, y más de la mitad procedía del área urbana (59,25 %). La mediana de edad fue de 22 meses. Los resultados muestran que el primer cuartil fue de 14 meses, el tercer cuartil de 29 meses y un rango intercuartílico de 15 meses (Tabla 1).

El sobrepeso u obesidad estuvieron presentes en el 56,2 % de los menores de seis meses, en el 57,8 % del grupo de seis a 11 meses, en el 54,7 % del grupo de 12 a 24 meses y en el 54,8 % del grupo de 25 a 35 meses (Tabla 1).

En el análisis bivariado se encontró significancia estadística en los niños sin lactancia materna antes de los seis meses de edad de desarrollar sobrepeso u obesidad en comparación con aquellos que reciben lactancia materna (ORP 32,97; IC 95 % 11,04-74,21). Los menores de seis meses de edad alimentados con fórmulas tenían mayor riesgo de desarrollar sobrepeso y obesidad en comparación con aquellos que no fueron

alimentados con fórmula (ORP 6,21; IC 95 % 2,78-14,42). Todos estos resultados fueron estadísticamente significativos con un valor de $p < 0,05$ (Tabla 2).

No recibir lactancia materna se asoció a un mayor riesgo (ORP 9,71; IC 95 % 4,61-24,96) de presentar sobrepeso u obesidad con significancia estadística ($p < 0,05$) (Tabla 2).

En menores de 12 a 24 meses, tener un cuidador mayor de 50 años representó un riesgo (ORP 4,80; IC 95 % 1,75-13,20). Se observó que el consumo de bebidas azucaradas aumenta (ORP 2,43; IC 95 % 1,59-3,70). Asimismo, la ausencia de lactancia materna aumentó el riesgo de desarrollar sobrepeso u obesidad (ORP 13,39; IC 95 % 8,26-21,89). Todos estos resultados fueron estadísticamente significativos, con un valor de $p < 0,05$ (Tabla 2).

En el grupo de edad de 25 a 35 meses, la ausencia de lactancia materna en ninguna etapa de su vida (ORP 7,75; IC 95 % 5,12-11,79) y el consumo de bebidas azucaradas (ORP 3,70; IC 95 % 2,49-5,47) aumentaron el riesgo de exceso de peso. Todos estos resultados son estadísticamente significativos, con un valor de $p < 0,05$ (Tabla 2).

El análisis multivariado estratificado por grupos de edad mostró que la ausencia de lactancia materna está asociada al exceso de peso en el grupo menores de seis meses de edad (ORP 21,29; IC 95 % 6,69-70,01); mientras que, en el grupo de seis a once meses la ausencia de lactancia materna está asociada al exceso de peso (ORP 9,12; IC 95 % 3,39-14,50).

Entre los 12 a 24 meses los factores asociados al riesgo de exceso de peso fueron la ausencia de lactancia materna (ORP 11,06; IC 95 % 6,63-18,44) y el consumo de bebidas azucaradas (ORP 1,83; IC 95 % 1,10-3,03). Finalmente, en el grupo de 25 a 35 meses la ausencia de lactancia materna en etapa desde el nacimiento (ORP 5,75; IC 95 % 3,64-9,09) y el consumo de bebidas azucaradas (ORP 3,82; IC 95 % 2,41-6,05) están asociados al exceso de peso. Todos estos resultados son estadísticamente significativos, con un valor de $p < 0,05$ (Tabla 3).

Discusión

El presente estudio identificó diversos factores asociados al sobrepeso y obesidad en menores de 35 meses en El Salvador, mediante un análisis multivariado estratificado por grupos de edad. Los resultados evidenciaron que tanto las prácticas de alimentación en los primeros meses de vida, como la característica del entorno familiar, desempeñan un papel determinante en el estado nutricional de los niños.

Tabla 1. Características por grupos de edad en población de estudio

Sobrepeso/obesidad				Normo peso		
Menor de seis meses N =208						
Descripción	N = 32	%	Intervalos de confianza (95 %)	N = 176	%	Intervalos de confianza (95 %)
Sexo						
Masculino	18	56,2	37,6-73,6	91	51,7	44,0-59,2
Femenino	14	43,7	26,3-62,3	85	48,3	40,7-55,9
Área						
Urbana	21	65,6	46,8-81,4	99	56,25	48,5-63,7
Rural	11	34,3	18,5-53,1	77	43,75	36,3-51,4
Región						
Oriental	10	31,2	16,1-50,0	37	21,0	15,2-27,7
Paracentral	10	31,2	16,1-50,0	37	21,0	15,2-27,7
Central	7	21,8	9,2-39,9	23	13,0	8,4-18,9
Occidente	3	9,3	1,9-25,0	49	27,8	21,3-35,0
Metropolitana	2	6,2	0,7-20,8	23	13,0	11,8-23,4
Madre reside en el hogar						
Sí	30	93,7	79,1-99,2	176	100,0	97,9-100
No	2	6,2	0,7-20,8	0	0,0	0
Hogar monoparental						
Sí	7	21,8	9,2-39,9	38	21,5	15,7-28,4
No	25	78,1	60,0-90,7	138	78,4	71,5-84,2
Cuidador mayor de 50						
Sí	2	6,2	0,7-20,8	0	0	0
No	30	93,7	79,1-99,2	176	100	97,9-100
Lactancia materna exclusiva						
Sí	0	0	0	66	37,5	30,3-45,1
No	32	100	89,1-100	110	62,5	54,9-69,6
Lactancia materna						
Sí	16	50	31,8-68,1	171	97,1	93,5-99,0
No	16	50	31,8-68,2	5	2,84	0,93-6,5
Fórmula						
Sí	21	65,6	46,8-81,4	41	23,3	17,2-30,2
No	11	34,3	18,5-53,1	135	76,7	69,7-82,7
Consumo de bebida azucarada						
Sí	29	90,6	74,9-98,0	40	22,7	16,7-29,6
No	3	9,3	1,9-25,0	136	77,2	70,3-83,2
Acceso a información						
Sí	32	100	89,1-100	168	95,4	91,2-98,0
No	0	0,0	0,0-10,8	8	4,5	1,9-8,7
Seis a 11 meses N = 221						
Descripción	N = 38	%	Intervalos de confianza (95 %)	N = 183	%	Intervalos de confianza (95 %)
Sexo						
Masculino	16	42,1	26,4-57,7	92	50,2	43,1-57,4
Femenino	22	57,8	42,2-73,5	91	49,7	42,5-56,9
Área						
Urbano	24	63,16	47,8-78,4	99	54,1	47,1-61,1
Rural	14	36,84	21,5-52,1	84	45,9	38,9-52,9

Región						
Paracentral	14	36,8	21,8-54,0	51	27,8	21,5-34,9
Oriental	8	21,0	9,5-37,3	43	23,5	17,5-30,3
Metropolitana	6	15,7	6,0-31,2	28	15,3	10,4-21,3
Central	5	13,1	4,4-28,0	26	14,2	9,5-20,1
Occidente	5	13,1	4,4-28,0	35	19,3	13,7-25,5
Madre reside en el hogar						
Sí	36	94,7	86,8-100	182	99,45	97,5, 100
No	2	5,26	0,00-13,1	1	0,55	0, 2-46,0
Hogar monoparental						
Sí	13	34,2	19,16-49,26	43	23,5	16,7-30,2
No	25	65,7		140	76,5	69,7-83,2
Lactancia materna continua						
Sí	9	23,68	10,10-37,2	105	57,3	50,4-64,3
No	29	76,3	62,7-89,9	78	42,6	35,6-49,5
Recibieron lactancia materna (en alguna etapa)						
No recibieron	18	47,4	31,8-63,4	14	7,7	4,5-12,4
Sí recibieron	20	52,6	36,6-68,2	169	92,3	87,6-95-5
Acceso a información						
Sí	36	94,7	82,2-99,3	178	97,2	93,7-99,1
No	2	5,2	0,6-17,7	5	2,7	0,8-6,2
12 a 24 meses N = 727						
Descripción	N =106	%	Intervalos de confianza (95 %)	N= 621	%	Intervalos de confianza (95 %)
Sexo						
Masculino	58	54,7	44,7-64,4	308	49,6	45,6-53,5
Femenino	48	45,2	35,5-55,2	313	50,4	46,4-54,3
Área						
Urbano	69	65,0	55,2-74,1	380	61,1	57,3-64,9
Rural	37	34,9	25,9-44,7	241	38,8	35,0-42,7
Región						
Oriental	34	32,0	23,3-41,8	160	25,7	22,4-29,3
Occidente	27	25,4	17,5-34,8	128	20,6	17,6-23,9
Paracentral	19	17,9	11,1-26,5	150	24,1	20,9-27,6
Metropolitana	16	15,0	8,8-23,3	113	18,2	15,3-21,4
Central	10	9,4	4,6-16,6	70	11,2	9,0-14,0
Reside madre en el hogar						
Sí	98	92,4	85,6-96,6	610	98,2	96,8-99,0
No	8	7,5	3,31-14,3	11	1,7	0,9-3,1
Hogar monoparental						
Sí	25	23,5	15,8-32,8	143	23,0	19,8-26,5
No	81	76,4	67,1-84,1	478	76,9	73,5-80,1
Cuidador mayor de 50 años						
Sí	7	6,6	2,7-13,1	9	1,4	0,7-2,7
No	99	93,4	86,8-97,2	612	98,5	97,2-99,2
Lactancia materna continua						
Sí	28	26,4	18,3-35,8	333	53,6	49,6-57,5
No	78	73,5	64,1-81,6	288	46,3	42,4-50,3
Recibieron lactancia materna (en alguna etapa)						
No recibieron	55	51,9	42,1-61,6	46	7,4	5,4-9,8
Sí recibieron	51	48,1	38,4-57,9	575	92,6	90,2-94,6

Bebida azucarada						
Sí	40	37,7	28,5-47,7	41	6,6	4,8-8,8
No	66	62,3	52,3-71,5	580	93,4	91,2-95,2
Acceso a tecnología						
Sí	103	97,1	91,9-99,4	600	96,6	94,8-97,7
No	3	2,83	0,5-8,0	21	3,3	2,2-5,1
25-35 meses N = 871						
Descripción	N = 124	%	Intervalos de confianza (95 %)	N = 747	%	Intervalos de confianza (95 %)
Sexo						
Masculino	68	54,8	45,6-63,7	365	48,8	45,2-52,4
Femenino	56	45,1	36,2-54,3	382	51,1	47,5-54,7
Área						
Urbano	78	62,9	53,7-71,4	431	57,7	54,1-61,1
Rural	46	37,1	28,6-46,2	316	42,3	38,8-45,8
Región						
Oriental	48	38,7	30,1-47,8	233	31,1	27,9-34,6
Paracentral	28	22,8	15,5-30,9	159	21,2	18,5-24,3
Occidente	20	16,1	10,1-23,8	168	22,4	19,6-25,6
Metropolitana	20	16,1	10,1-23,8	103	13,7	11,5-16,4
Central	8	6,4	2,83-12,3	84	11,2	9,1-13,7
Reside madre en el hogar						
Sí	117	94,3	88,7-97,7	738	98,8	97,7-99,3
No	7	5,6	2,3-11,2	9	1,2	0,6-2,2
Hogar monoparental						
Sí	38	30,6	22,6-39,5	184	24,6	21,68-27,8
No	86	69,3	60,4-77,3	563	75,7	72,15-78,3
Cuidadora mayor de 50						
Sí	4	3,23	0,8-8,0	11	1,47	0,8-2,6
No	120	96,7	91,9-99,1	736	98,5	97,3-99,1
Recibieron lactancia materna (en alguna etapa)						
No recibieron	64	51,6	42,4-60,6	90	12,05	9,91-14,5
Sí recibieron	60	48,3	39,32-57,5	657	87,95	85,4-90,0
Acceso a tecnología						
Sí	123	99,1	95,1-99,9	727	97,3	95,5-98,2
No	1	0,8	0,02-4,4	20	2,6	1,7-4,1

Tabla 2. Factores asociados al sobrepeso u obesidad en menores de 35 meses

Variable	ORP	IC 95 %	p
Menor de seis meses N = 208			
Hogar monoparental	1,01	0,38-2,46	1,00
Ausencia de lactancia materna*	32,97	11,04-74,21	< 0,01
Fórmula	6,21	2,78-14,42	< 0,01
Urbano	1,48	0,67-3,36	0,42
Seis a 11 meses N = 221			
Hogar monoparental	1,68	0,77-3,57	0,20
Ausencia de lactancia materna*	9,71	4,61-24,96	< 0,01
Bebidas azucaradas	2,11	0,97-4,55	0,06
12 a 24 meses N = 727			
Hogar monoparental	1,03	0,06-1,67	< 0,01
Cuidador mayor de 50	4,80	1,75-13,20	< 0,01
Ausencia de lactancia materna*	13,39	8,26-21,89	< 0,01
Bebidas azucaradas	2,43	1,59-3,70	< 0,01
No consume verduras	1,62	1,02-2,59	0,04
25 a 35 meses N = 871			
Hogar monoparental	1,35	0,88-2,04	0,18
Cuidador mayor de 50	2,22	0,60-6,90	0,30
Ausencia de lactancia materna*	7,75	5,12-11,79	< 0,01
No consume verduras	1,82	1,13-2,99	0,01
Bebidas azucaradas	3,70	2,49-5,47	< 0,01

*Ausencia de lactancia materna (Ninguna etapa desde el nacimiento)

Tabla 3. Análisis multivariado de los factores asociados al sobrepeso y obesidad en menores de 35 meses

Variable	ORP	IC 95 %	p
Menor de seis meses N = 208			
Hogar monoparental	1,05	0,34-3,24	0,92
Urbano	0,77	0,29-2,03	0,60
Ausencia de lactancia materna*	21,29	6,69-70,01	< 0,01
Fórmula	3,03	1,14-7,74	0,02
Seis a 11 meses N = 221			
Bebidas azucaradas	1,04	0,44-2,69	0,84
Ausencia de lactancia materna*	9,12	3,39-14,50	< 0,01
Hogar monoparental	1,39	0,58-3,33	0,44
12 a 24 meses N = 727			
Hogar monoparental	0,74	0,41-1,37	0,34
Cuidador mayor de 50	2,78	0,78-9,85	0,11
Ausencia de lactancia materna*	11,06	6,63-18,44	< 0,01
Bebidas azucaradas	1,83	1,10-3,03	0,01
No consume verduras	1,42	0,82-2,47	0,20
25 a 35 meses N = 871			
No lactancia materna	5,75	3,64-9,09	< 0,01
Hogar monoparental	1,04	0,65-1,67	0,84
No come verduras	1,97	1,12-3,46	0,01
Cuidador mayor de 50	1,07	0,30-6,05	0,90
Bebidas azucaradas	3,82	2,41-6,05	< 0,01

*Ausencia de lactancia materna (Ninguna etapa desde el nacimiento).

La lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, tiene un efecto protector frente al sobrepeso y la obesidad, en comparación con la alimentación con fórmulas infantiles^{8,9,10}.

La frecuencia del sobrepeso y obesidad en menores de 24 meses, concuerda con los hallazgos observados a lo largo de cinco años^{11,12}. De manera similar, un estudio de cohorte en España muestra que la lactancia materna prolongada tiene un efecto protector contra el sobrepeso y la obesidad en la infancia¹³, ya que posee la composición óptima, adaptada a las necesidades del niño, lo que promueve patrones de crecimiento saludables y previene el aumento excesivo de peso. Además, al prolongar la lactancia materna, se intensifica su efecto protector¹⁴, por tener propiedades únicas como la reducción de la exposición temprana a bebidas azucaradas y otros alimentos poco saludables¹⁵.

El consumo de bebidas azucaradas se mantuvo como un factor de riesgo significativo para el sobrepeso y la obesidad en los niños a lo largo del análisis. Según el comité asesor de guías alimentarias de Estados Unidos, es importante evitar el consumo de bebidas azucaradas en menores de dos años ya que se asocia con un riesgo posterior a sobrepeso infantil¹⁶. Asimismo, se ha registrado que el consumo de bebidas azucaradas durante la infancia provoca mayor probabilidad de obesidad a los seis años de edad¹⁷; aumenta el índice de masa corporal y la circunferencia de cintura en niños y adolescentes¹⁸.

La ausencia de lactancia materna puede influir negativamente en las prácticas alimentarias y estilos de crianza. En China, se mostró que el comportamiento de los cuidadores se relacionaba con sobrepeso y la obesidad infantil¹⁹; además, en otro estudio, se ha asociado el cuidado por parte de los abuelos con un aumento del 30 % en el riesgo de sobrepeso y obesidad en niños²⁰. Asimismo, las prácticas de alimentación temprana y el consumo de bebidas azucaradas^{21,22,23}, el entorno familiar y el tipo de cuidador desempeñan un rol esencial en el desarrollo del exceso de peso en los niños²⁴.

Conclusión

La ausencia de lactancia materna y el consumo de bebidas azucaradas se identificaron como los principales factores asociados en el sobrepeso u obesidad en menores de 35 meses. Estos hallazgos subrayan la importancia de promover lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y su continuación hasta los dos años,

así como de regular la exposición temprana a bebidas y alimentos no saludables. Asimismo, refuerzan la necesidad de implementar políticas y estrategias de prevención dirigidas al entorno familiar desde los primeros años de vida, con el objetivo de reducir la obesidad infantil y sus consecuencias a largo plazo. Las intervenciones deben ir más allá de la madre e incluir estrategias educativas dirigidas a otros miembros del hogar, que promuevan la armonía entre prácticas nutricionales y prevención del exceso de peso en la primera infancia.

Financiamiento

No hubo fuentes de financiamiento.

Referencias bibliográficas

1. UNICEF. Un llamado para la prevención en América Latina y el Caribe. Ciudad de Panamá. UNICEF. Julio de 2022. 63 p. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/media/36976/file/El-sobrepeso-en-la-ninez-reporte-010922>
2. Hampf SE, Hassink SG, Skinner AC, Armstrong SC, Barlow SE, Bolling CF, *et al.* Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity. *Pediatrics*. 2023; 151(2):e2022060640. DOI: [10.1542/peds.2022-060640](https://doi.org/10.1542/peds.2022-060640).
3. Armas S, Andrade A. Factores asociados al sobrepeso/obesidad en niños y niñas menores de 5 años, utilizando la base de la encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT) 2018. *Rev. Ecuatoriana de Pediatría*. 2023; 24(2):107-117. DOI: [10.52011/219](https://doi.org/10.52011/219)
4. Rollins NC, Bhandari N, Hajeerbhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines J, *et al.* Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016;387(10017):491-504. DOI: [10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2).
5. Organización Mundial de la Salud. La OMS recomienda aplicar medidas en todo el mundo para reducir el consumo de bebidas azucaradas y sus consecuencias para la salud. OMS. 2016. Fecha de consulta: 4 de julio 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/11-10-2016-who-urges-global-action-to-curtailed-consumption-and-health-impacts-of-sugary-drinks>
6. Jaime P, Prado do R, Malta D. Family influence on the consumption of sugary drinks by children under two years old. *Rev. Saúde Pública*. 2017;51(1): 13s. DOI: [10.1590/S1518-8787.2017051000038](https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000038).

7. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2021. Instituto Nacional de Salud. San Salvador. 2021. Ministerio de Salud. 2021. 472 p. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/06/1372915/ens2021-informe-final-el-salvador.pdf>
8. Lassere N, Inestroza V, Petrmann F, Martinez M, Leiva A, Lanuza F, *et al.* Lactancia materna y su asociación con obesidad: Mecanismos que podrían explicar el rol protector en la infancia. *Rev. Chil Nutr.* 2021; 48(6):955-967. DOI: [10.4067/S0717-75182021000600955](https://doi.org/10.4067/S0717-75182021000600955).
9. Alarcon M, Pardo D, Guaman R. Asociación entre la edad y el efecto protector de la lactancia materna contra sobrepeso y obesidad. *Revisión sistematica de la literatura. Tesla revista científica.* 2023; 3(1) DOI: [10.55204/trc.v3i1.e197](https://doi.org/10.55204/trc.v3i1.e197).
10. Usheva N, Lateva M, Galcheva S, Koletzko BV, Cardon G, De Craemer M, *et al.* Breastfeeding and Overweight in European Preschoolers: The ToyBox Study. *Nutrients.* 2021;13(8):2880. DOI: [10.3390/nu13082880](https://doi.org/10.3390/nu13082880).
11. Cárdenas V, Hernandez L, Castro D, Guevara M, Trejo B. Trends in overweight and obesity in children under 24 months of age in Mexico (2012-2020): analysis of four national health surveys. *Cad. Saúde Pública.* 2023; 39(12):e00046123. DOI: [10.1590/0102-311XEN046123](https://doi.org/10.1590/0102-311XEN046123).
12. Paca A, Huayanay C, Parra C, Velasquez G, Miranda J. Asociación entre lactancia materna y probabilidad de obesidad en la infancia en tres países latinoamericanos. *Gaceta Sanitaria.* 2021;35(2):168-176. DOI: [10.1016/j.gaceta.2019.09.002](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.09.002)
13. Ortega J, Kloosterman N, Alvarez L, Tobarra E, Cárceles A, Pastor R, *et al.* Full Breastfeeding and Obesity in Children: A Prospective Study from Birth to 6 Years. *Child Obes.* 2018; 14(5):327-337. DOI: [10.1089/chi.2017.0335](https://doi.org/10.1089/chi.2017.0335)
14. Fiallos E, Villacrés S. Lactancia materna y alimentación complementaria en relación con la obesidad infantil. *Revista Información Científica.* 2023; 102 (1):4219. DOI: [10.5281/zenodo.8148296](https://doi.org/10.5281/zenodo.8148296).
15. Spaniol A, da Costa T, Bortolini A, Gubert B. Breastfeeding reduces ultra-processed foods and sweetened beverages consumption among children under two years old. *BMC Public Health.* 2020;20(1):330. DOI: [10.1186/s12889-020-8405-6](https://doi.org/10.1186/s12889-020-8405-6).
16. Wu AJ, Oken E. Developmental Contributions to Obesity: Nutritional Exposures in the First Thousand Days. *Gastroenterol Clin North Am.* 2023; 52(2):333-345. DOI: [10.1016/j.gtc.2023.02.001](https://doi.org/10.1016/j.gtc.2023.02.001).
17. Pan L, Li R, Park S, Galuska DA, Sherry B, Freedman DS. A longitudinal analysis of sugar-sweetened beverage intake in infancy and obesity at 6 years. *Pediatrics.* 2014; 134 Suppl 1:S29-35. DOI: [10.1542/peds.2014-0646E](https://doi.org/10.1542/peds.2014-0646E)
18. Abbasalizad M, Mohammadi A, Jahangiri L, Nikniaz Z, Nikniaz L. Sugar-sweetened beverages intake and the risk of obesity in children: An updated systematic review and dose-response meta-analysis. *Pediatr Obes.* 2022;17(8):e12914. DOI: [10.1111/ijpo.12914](https://doi.org/10.1111/ijpo.12914)
19. Ji W, Du J, Li X, Hu Y, Liang A, Xu X. Associations between caregivers' health behaviours and overweight/obesity among children aged 2-6 years in Beijing, China: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2025; 15(2):e086470. DOI: [10.1136/bmjopen-2024-086470](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-086470)
20. An R, Xiang X, Xu N, Shen J. Influence of Grandparental Child Care on Childhood Obesity: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Child Obes.* 2020; 16(3):141-153. DOI: [10.1089/chi.2019.0246](https://doi.org/10.1089/chi.2019.0246)
21. Molina M, Guindon E, Anderson N, Tarride E. Association between children's caregivers time preferences and childhood overweight and obesity in Mexico. *PLoS ONE* 2024; 19(3): e0283455. DOI: [10.1371/journal.pone.0283455](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0283455)
22. Álvarez C, Vásquez E, Sánchez C. Adiposity and feeding practices in the first two years of life among toddlers in Guadalajara, Mexico. *BMC Pediatr.* 2023; 23(1):61. DOI: [10.1186/s12887-023-03877-7](https://doi.org/10.1186/s12887-023-03877-7)
23. Jardí C, Aranda N, Bedmar C, Ribot B, Elias I, Aparicio E, *et al.* Consumption of free sugars and excess weight in infants. A longitudinal study. *An Pediatr (Engl Ed).* 2019; 90(3):165-172. DOI: [10.1016/j.anpedi.2018.03.018](https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.03.018)
24. Jongenelis I, Budden T. The Influence of Grandparents on Children's Dietary Health: A Narrative Review. *Curr Nutr Rep.* 2023; 12(3):395-406. DOI: [10.1007/s13668-023-00483-y](https://doi.org/10.1007/s13668-023-00483-y)