

Características socioeconómicas, familiares y ambientales en niños obesos de la Parroquia Antimano - Caracas*

González Cabriles, William José**

Resumen

El objetivo del Artículo es caracterizar a las familias de niños obesos con métodos cuantitativo y cualitativo a fin de facilitar la intervención. El estudio fue transversal descriptivo - retrospectivo de familias de niños obesos atendidos en CANIA (1997 - 2000), Antimano - Caracas. Se estudiaron los datos socioeconómicos de 295 familias, utilizándose la distribución de frecuencia y la media para analizarlos mediante el programa SPSS 9.0 y se evaluó la dinámica familiar en dos casos, aplicándose la entrevista en profundidad en el hogar. La mayoría de las familias con niños obesos son pobres (Línea de pobreza y Graffar modificado), presentan diferente tipología y composición; sus integrantes se relacionan más con el paciente obeso; generalmente las conforman padres obreros con nueve años de escolaridad; destinan 70% del presupuesto a la alimentación y ésta última es influenciada por el jefe de familia; su comportamiento alimentario reflejó aspectos culturales y económicos; conocen las causas e implicaciones de la obesidad pero no la aceptan como problema; priorizan en salud, solo cuando aparecen enfermedades crónicas no transmisibles; consideran a los factores externos limitantes para el cumplimiento del tratamiento nutricional. Se concluye que el conocimiento de las características socioeconómicas, familiares y ambientales del niño obeso, potencia la atención social e integral.

Palabras clave: Obesidad, factores socioeconómicos, niños, familia, Venezuela.

Socio-Economic, Family and Environmental Characteristics of Obese Children in the Antimano Parish, Caracas

Abstract

The objective of the article is to characterize the families of obese children using quantitative and qualitative methods in order to facilitate intervention. The study was of a transversal descriptive-retrospective nature for families with obese children taken care of at CANIA (1997 - 2000), Antimano, Caracas. Socio-economic data for 295 families was studied utilizing frequency distribution and the mean for analyzing

* EL autor agradece de manera especial a todas las familias que participaron en el estudio y la Lic. Zulay Alarcón, Coordinadora Social del CANIA por la permanente motivación y colaboración incondicional.

** Licenciado en Trabajo Social de la Unidad de Evaluación y Orientación adscrita a la Coordinación Social del Centro de Atención Nutricional Infantil Antimano (CANIA), Avenida El Algodonal cruce con Avenida Intercomunal de Antimano Edificio CANIA, CP 1100. Caracas-Venezuela. Teléfono: (0212) 4714848, Fax: (0212) 4714347. E-mail: wgonzález_cania@cantv.net / accaniaso@cantv.net

Recibido: 08-11-28 • Aceptado: 09-01-29

them with the program SPSS 9.0, and the family dynamic was evaluated in two cases, applying in-depth interviews in the home. The majority of families with obese children are poor (poverty line and Graffar modified); they present different typology and composition; their members relate more to the obese patient; generally, they are made up of worker parents with nine years of schooling; 70% of their budget is devoted to food and the latter is influenced by the head of the family; food-related behavior reflected cultural and economic aspects; they know the causes and implications of obesity but do not accept it as a problem; they give health priority only when chronic, non-transmittable diseases appear; they consider external factors limiting in terms of complying with nutritional treatment. Conclusions are that knowledge of socio-economic, family and environmental characteristics of the obese child empower social and integral care.

Key words: Obesity, socio-economic factors, children, family, Venezuela.

Introducción

En América Latina y el Caribe se ha evidenciado un aumento notable de la prevalencia de exceso de peso y es un factor de riesgo de varias enfermedades crónicas no transmisibles asociado a la nutrición, algunas de las cuales son causas importantes de muerte en la Región Peña et al. (2000). En Venezuela, el Sistema de Vigilancia Alimentaria Nacional (SISVAN), la Fundación del Crecimiento y Desarrollo (Fundacredesa) y el Instituto de Investigaciones Científicas (IVIC), reportaron información sobre la prevalencia y el incremento de la obesidad y sobrepeso en el Distrito Metropolitano en niños menores de 15 años SISVAN (2004-2005), Landaeta et al. (2002), situación que merece prestar atención ya que la obesidad puede traer futuras consecuencias en la salud colectiva.

En lo referente a la obesidad infantil, existen estudios valiosos que describen sobre sus aspectos socioeconómicos, educativos y ambientales. En este sentido, algunos autores plantean la no vigencia de la asociación que se ha venido haciendo de la obesidad, las enfermedades crónicas y el bienestar económico Peña et al. (2000). Por otro lado, se considera que la mayoría de las familias de niños obesos, se concentran en estratos socioeconómicos bajos de la población Strauss (1999).

También, refieren que la obesidad existe independientemente del nivel educativo alcanzado Sobal (1995). Además, se ha hecho referencia de la prevalencia de obesidad familiar, asociado al sedentarismo, el modelaje familiar y a los inadecuados hábitos alimentarios Nader (1993), Parizcová (2001). Sin embargo, la dinámica familiar del paciente obeso ha sido poco explorada y resulta de utilidad contar con dicha información a fin de tener una visión integral de la familia.

En vista de ello y dado que el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA), tiene el contacto directo con las familias de niños y/o adolescentes obesos a través de su programa de atención y cuenta con datos pediátricos, dietéticos, psicológicos y sociales, el objetivo de esta investigación es determinar las características socioeconómicas, familiares y ambientales con métodos cuantitativos y cualitativos en un grupo de niños y adolescentes obesos, procedentes de la parroquia Antímamo y atendidos en el CANIA entre 1997 - 2000, con la finalidad de facilitar la intervención.

1. Consideraciones para el abordaje de la problemática

El estudio es no experimental de corte transversal descriptivo, retrospectivo, que combina la metodología cuantitativa a través

del análisis de datos socioeconómicos, familiares y ambientales obtenidos de la evaluación social aplicada a las familias atendidas en la consulta de primera y la cualitativa con un enfoque etnográfico Martínez (1999), que contempla el estudio de la dinámica familiar de dos familias con niños obesos, mediante la entrevista a profundidad en el domicilio.

Para el estudio cuantitativo, la muestra fue no probabilística que la integran 295 familias de niños y adolescentes obesos atendidos en CANIA para el período 1997 - 2000, residentes en la parroquia Antímamo, zona situada al oeste de la ciudad de Caracas - Venezuela. Se incluyeron familias de niños con obesidad sin patología orgánica de base y con evaluación social completa. En el estudio cualitativo, se seleccionaron con criterios de intencionalidad a dos familias de la muestra, para observar sus características (semejanzas o diferencias), relacionadas con la obesidad infantil. En la primera familia, la mayoría de los integrantes son obesos y en la segunda, el niño en atención es el único obeso del hogar, ambas con asistencia regular a los controles en CANIA, sin cambios positivos durante el tratamiento y con diagnóstico de obesidad no recuperada.

1.1. Variables de las características socioeconómicas, familiares y ambientales - método cuantitativo

Económica: situación laboral de la familia del niño obeso y distribución del ingreso familiar.

Composición familiar: tipo y tamaño de la familia, jefatura del hogar, religión, edad, estado civil de la madre.

Educación: años de escolaridad de los padres.

Físicambiental: condiciones físicas y sanitarias tanto de la vivienda como de la

comunidad donde se desenvuelve el grupo familiar.

Clasificación de la familia según los métodos: Línea de Pobreza: estima la pobreza, considerando los ingresos y la canasta de alimentos normativa y el Graffar modificado - Dr. Méndez Castellano, ubica a las familias en base a estratos sociales.

Categorías de la dinámica familiar - método cualitativo:

Relación intra - extrafamiliar del paciente obeso y la alimentación: comunicación e interacción del paciente obeso con los integrantes del hogar y con otras personas que pueden afectar su nutrición.

Percepción y causas de la obesidad: conocimiento sobre las causas, expresión verbal de aceptación o no e interés por la salud nutricional.

Implicación social de la obesidad: ventajas o desventajas de ser una persona obesa.

Proyecto de vida en la familia del paciente obeso: planes futuros de la familia en los diversos ámbitos de la vida.

Comportamiento alimentario de la familia del paciente obeso: categoría emergente que considera *el sistema cultural, valores, creencias, costumbres y la disponibilidad económica para comprar los alimentos.*

Factores que limitan el cumplimiento del tratamiento nutricional: aspectos que condicionan la aplicación del tratamiento nutricional del paciente obeso

1.2. Recolección de datos e información

Para la metodología cuantitativa, los datos fueron recolectados a través de un cuestionario con preguntas cerradas y abiertas (evaluación social), aplicado a las madres o representantes del niño obeso que asisten a la consulta de primera en el CANIA. La información en la metodología cualitativa, se obtu-

vo a través de entrevistas en profundidad en el domicilio de seis informantes clave, grabadas con autorización previa. Los informantes clave seleccionados intencionalmente, fueron: *adolescente obeso* (E1); por ser uno de los ciclos vitales complejo, donde la persona comienza a tomar decisiones en cuanto a deberes y derechos con respecto a la salud. *Niño obeso* (E6); por ser un caso representativo de gran parte de la población infantil de obesos que acude a CANIA. *Madre del adolescente obeso* (E2); y *madre del niño obeso* (E5); por su género, rol y su influencia en la crianza, normas, hábitos, costumbres, patrones y conductas en sus hijos. *Abuelo de adolescente obeso* (E3); y *abuela del niño obeso* (E4); considerados por los mismos integrantes de la familia como los jefes de hogar, por ser quienes toman las decisiones, hacen valer sus opiniones, son propietarios de las viviendas y cumplen con el rol de proveedor económico. Las entrevistas tuvieron una hora de duración aproximadamente, considerando la disposición de cada informante clave y se realizaron en forma de diálogo abierto, con una guía previamente establecida, no estructurada, que permitió generar las verbalizaciones de los aspectos tratados y profundizar en los temas relevantes surgidos durante las mismas. Además se utilizó la observación participante y las notas o diario de campo para registrar las características particulares del grupo, las condiciones del espacio físico -ambiental, lenguaje gestual y algunas situaciones cotidianas de las familias seleccionadas.

Procesamiento y análisis de datos e información

Los datos cuantitativos fueron recogidos en un instrumento, codificado y vaciado en una base de datos Access 97, para ser procesados utilizando el programa de computación estadístico SPSS versión 9.0, que permi-

tió la distribución, el análisis de frecuencia y de la media de los datos obtenidos. La información recolectada mediante las entrevistas en profundidad fue transcrita, clasificada y agrupada según categorías y subcategorías de análisis previamente establecidas, de acuerdo a su contenido, para finalmente realizar la interpretación teórica de dicha información.

Consideraciones bioéticas

Se obtuvo el consentimiento informado de las familias, previa información detallada del estudio, produciéndose posteriormente la devolución de la información y resultados de la investigación.

2. Resultados

El análisis de los datos cuantitativos permitió obtener los siguientes resultados: en la dinámica familiar, se observó predominio de la familia nuclear (67%), constituida por cinco miembros (3 adultos y 2 niños), prevaleció la figura paterna como jefe de familia (61%), las madres tienen en promedio 34 años, casadas o unidas en concubinato (78%). En lo educativo, la mayoría de *los padres de niños obesos* alcanzan hasta nueve años de escolaridad (62%). En cuanto a lo económico, los adultos de la familia del niño obeso, generalmente se encuentran ocupados (68%), en su mayoría en el sector formal de la economía (62%). Ambos padres se desempeñan fundamentalmente como obreros (55%). El ama de casa, fue la segunda ocupación más importante de la madre (30%). El ingreso familiar se usa para cubrir mayormente los gastos de alimentación (70%), el porcentaje más bajo (0,4%) fue para el rubro salud. En referencia a lo físicoambiental, en general las familias residen en casas propias autoconstruidas (95%), 99% cuentan con los servicios básicos de agua por tubería directa (periodicidad diaria 62%),

50% con aseo urbano (periodicidad diaria 77%) y 99% poseen servicio de poceta a cloaca. Al clasificar las familias, según la Línea de pobreza, se observó que 56% de las mismas están en pobreza y 70% se ubicaron en el estrato IV(pobreza relativa), según el Graffar modificado.

Del análisis de contenido de las entrevistas a profundidad, los resultados por categorías son: *Relación intra y extrafamiliar del paciente obeso y la alimentación*, se observaron mensajes que posiblemente han determinado relaciones familiares estrechas con los pacientes obesos y de actitudes de aislamiento social, en el caso del adolescente.

“... Mi mamá y yo tenemos confianza, pero con los demás es difícil” (E1) “...El papá quiere más al niño gordo... él tiene muchos amiguitos” (E4)“...sus temores son muchos y a veces eso lo ha llevado a ser tan cerrado”(E2)“... Siempre estoy sólo, no me gusta estar con muchas personas” (E1).

Percepción y causas de la obesidad resultó de interés, ya que las familias entrevistadas destacaron algunas apreciaciones, causas, sentimientos y creencias relacionadas con la obesidad.

“Todos me dicen que soy obeso y no lo acepto” (E1) “...No me sentí mal por el diagnóstico de obesidad (de su hijo), yo era gorda y mi familia era gorda, eso es herencia...”(E5) “Volví a engordar por problemas en el trabajo eso es emotivo... Somos gordos, por picotear y por el sedentarismo...Estoy consciente que me ha enfermado mucho, desde que estoy gorda...” (E2) “Éramos gordos y pobres, pero mi mamá decía que nos alimentaba

bien y no faltaba la comida” (E5) “...Para uno ser gordo no necesita tener mucho dinero sino tener mucha comida...él va a ir creciendo y se va a ir dando cuenta de su gordura” (E4).

Implicación social de la obesidad fue un aspecto importante, las familias plantearon que ser obeso es desventajoso, las personas obesas son estigmatizadas, excluidas de las actividades cotidianas y de poca destreza física.

“Me ponen sobrenombres y no me gusta” (E1) “...Me dicen gordo” (E6) “Le ponen sobrenombres, en la escuela muchos niños le llaman gordito o pelota Cuando uno está gorda no consigues nada” (E5) Le dicen sobrenombres “...Es bastante flojo... La persona gorda no tienen agilidad” (E4) “...Es muy gordo y lento, su peso es enorme...Hay juegos que a él, le resultan muy limitantes para correr y él se siente muy limitado cuando hace ejercicios” (E2).

Proyecto de vida en la familia del paciente obeso, consideró los objetivos familiares relacionados con la salud, el trabajo y estudio formal, como una forma de lograr una mejor calidad de vida.

“...Pienso bajar de peso y seguir estudiando” (E1) “...me propuse hacer dieta con mi hijo” (E2) “...Que sean hombres de bien, que estudien ... Vamos hacer sacrificios trabajando para sacarlos adelante ...que sepan defenderse y trabajar lo que quieran” (E5) “...Me es difícil tener planes por lo poco tiempo que me queda de vida ...con mi enfermedad menos puedo trabajar, aunque yo quisiera” (E4).

Factores que limitan el cumplimiento del tratamiento nutricional, las familias ex-

presaron que la falta de permiso de las instituciones educativas y laborales, interfieren en la asistencia a la consulta y en la recuperación nutricional del paciente obeso.

“A veces no podía llevarlo a la consulta de CANIA, porque él estaba en evaluación continua en el liceo y no podía seguir faltando” (E2) “Volver al mismo régimen, dejar las comidas que estamos acostumbrados, eso no iba a funcionar” (E1)... No lo traje porque tenía que trabajar (E5)... La mamá no lo llevaba a CANIA porque tenía que trabajar” (E4)

Comportamiento alimentario de la familia del paciente obeso, referido al aspecto cultural (costumbres, creencias, valores) y la disponibilidad económica, resultaron influyentes en el consumo de alimentos del grupo familiar.

“...En Río Caribe, se consume muchas verduras, pero la gente prefiere la carne” (E5) “... Los andinos acostumbran a comer harinas”(E3) “... por la crisis, los pobres no se puede comer muchas cosas”(E3)(E4) “...El pepino, el jugo de la naranja, el agua de alpiste, hacen perder peso, el melón es muy medicinal, limpia los riñones” (E2) “Las carnes rojas me las prohibieron porque engordan mucho. (E1). “El hígado tiene mucha sangre y no acostumbro a dárselo a los niños” (E4)...El papá le compraba chucherías y yo le dije que le iban a salir muchos parásitos. “Somos católicos y ello no influencia nuestro modo de alimentarnos”(E2)... “Mi religión me guía lo que se debe comer (se refiere a la religión de testigo de Jehová)” (E4).

3. Discusión de los Resultados

El análisis de los resultados de los métodos cuantitativo y cualitativo del área de *dinámica familiar*, permite plantear que la obesidad infantil puede presentarse en familias nucleares o extendidas, pequeñas o numerosas. Otro aspecto resaltante en estas familias, es que generalmente la alimentación es decidida por el jefe de hogar, independientemente del género, si este es obeso, podría modelar conductas reforzadoras del problema nutricional, por lo cual es indispensable que sea incorporado en el plan de intervención previsto.

Con respecto a la *relación intrafamiliar* del paciente obeso, reflejó una interacción diferencial, (mayor contacto hacia paciente obeso en relación a los otros miembros de la familia), lo cual pudiera estar promoviendo conflictos, desconfianza, temor, aislamiento social, rivalidad y actitudes de sobreprotección, siendo esta última condición, un aspecto que no solamente se observa en niños obesos. En cuanto a la *relación extrafamiliar*, se pudo notar diferencias entre las familias, el adolescente presentó una interacción social limitada, situación que podría obedecer a su actitud ante su obesidad, al temor de la madre, a la inseguridad personal en la zona o las normas rígidas implementadas dentro de la casa, que probablemente han venido afectando negativamente su comportamiento social, expresado en sedentarismo. En el niño, fue adecuada, busca a otros niños para jugar y es una actitud reforzada por su familia. Es importante mencionar, que el plan de intervención en estos casos debe contener aspectos que fortalezcan las relación intra y extrafamiliar con el fin de que contribuya con el desarrollo socioemocional del paciente.

La *implicación social de la obesidad* fue relevante debido a que las familias expresaron las desventajas del paciente obeso, cuyo aspecto puede representar una lesión en la autoestima y un limitado crecimiento personal, tal como lo describe Fuillerat (2004) quien plantea la inaceptabilidad social que provoca la obesidad, genera frustración, depresión, aislamiento, entre otros. Para Collipal et al. (2006), el concepto de obesidad se asocia con gordura, grasa, sobrepeso, discriminación, depresión, ansiedad, problemas, autoestima baja, chatarra, sedentarismo. Esta enfermedad constituye uno de los principales estigmas sociales, disminuyendo las oportunidades de empleo y educación, opina Villaseñor et al. (2006).

El *proyecto de vida de la familia del paciente obeso*, resultó semejante en las familias entrevistadas a profundidad. Ambas familias, refieren como meta importante el estudio formal, la salud y el trabajo remunerado. Cabe resaltar de los casos entrevistados en el domicilio, que consideran la salud como un aspecto prioritario dentro de sus proyectos de vida, debido a que algunos miembros significativos en la familia, presentan enfermedades crónicas no transmisibles.

Los *factores que limitan el cumplimiento del tratamiento nutricional*, las familias entrevistadas en profundidad señalaron como principales; la falta de permiso educativo y laboral, sin embargo, Moraga et al. (2003) en su estudio reportaron otro factor asociado y contribuyente a la alta tasa de abandono al tratamiento de la obesidad a saber: la baja motivación del paciente y de sus padres. En este sentido, es importante en el tratamiento de la obesidad infantil, considerar a los factores externos e internos a la familia, ya que permitirá al equipo interdisciplinario ajustar el esquema de atención de acuerdo a las posibilidades reales de asistencia de la fa-

milia a la consulta. Igualmente, es fundamental en el tratamiento nutricional a aplicar, la promoción de la participación activa de la familia y el niño obeso, priorizando sus necesidades y estableciendo acciones conjuntas para la solución de los problemas con el fin de que se propicie un clima de confianza, apoyo y logro de objetivos comunes.

El *comportamiento alimentario de la familia del paciente obeso*, resultante de la información de las familias entrevistadas a profundidad, destacó que obedece a un patrón cultural, al aprendizaje familiar, al lugar de procedencia, creencias y a los recursos económicos disponibles; en este sentido, juega papel fundamental, en la intervención, la educación nutricional. En ambas familias hay coincidencias, en el consumo de alimentos típicos de los lugares de procedencia de los abuelos, las creencias acerca de los alimentos que poseen propiedades positivas o negativas, también se plantea el rechazo a la carne roja, por su elevado costo, por tener demasiada grasa, engorda y puede ocasionar problemas de salud.

En lo *educativo*, los datos cuantitativos y la información recopilada a través de las entrevistas en profundidad refieren que la obesidad infantil puede encontrarse en hogares independientemente de los años de escolaridad alcanzados por los padres. Este es un resultado similar, al señalado por Sobal (1995) y Díaz (2000) en otros estudios donde se plantean la diversidad de los niveles educativos en los padres con niños obesos.

En el área *económica* se observó que la malnutrición infantil por exceso, está presente en hogares con padres obreros o madres que tienen algún tipo de trabajo remunerado, así lo reflejan los datos cuantitativos y la información obtenida a través del trabajo de campo. En relación a la distribución del ingreso familiar, el gasto en alimentación de las familias de

niños obesos es alto, En general, la experiencia en la atención familiar evidencia esta misma situación en otras familias en condiciones de pobreza, lo cual no significa un consumo real de alimentos de calidad y posiblemente es producto del escaso conocimiento en nutrición sana y la ausencia de organización en la compra de alimentos. Los autores Aguirre (2000) y Zarzalejo (2005), describen que la mayoría de estas familias tienen dietas monótonas con un predominio en el consumo de alimentos con altos niveles de carbohidratos, proteínas y azúcar. Las familias entrevistadas en el hogar, acostumbran a comer entre comidas o repiten durante la comida las raciones servidas. La merienda para ellas, no es parte de la dieta diaria y cuando la realizan, consumen chucherías, posiblemente este hábito tiene que ver con los patrones culturales y la escasa información o educación nutricional de la que dispone la población.

Con respecto al rubro salud, no fue prioritario y en los datos cuantitativos se ubicó en el último lugar de la tabla de distribución del ingreso familiar, hecho que pudiera estar relacionado con la concepción que tienen de salud-enfermedad y así lo ratificó el estudio cualitativo. Las familias entrevistadas a profundidad *perciben* a la obesidad asociada con la estética y solo es concebida como un problema, cuando hay limitaciones físicas o daños orgánicos. Al respecto, este resultado difiere a lo planteado por Díaz (2000), quien reporta un alto nivel de conciencia en cuanto a la obesidad como condición patológica, pero la apreciación de la condición nutricional del niño resulta ser distorsionada.

4. Conclusiones

Los argumentos de las familias entrevistadas en el domicilio, señalaron aspectos

como la no aceptación de la obesidad como enfermedad, la naturalización de la misma y su relación como reflejo de una condición familiar. Es de destacar, que aún cuando los casos familiares conocen de las posibles *causas* de la obesidad (herencia, malos hábitos de alimentación, sedentarismo, emocional, entre otros), no la asocian con un problema de salud de los niños, mantienen las creencias de que el paciente obeso adelgazará con el tiempo o cuando tenga conciencia de la enfermedad.

Es importante en la intervención, captar la percepción de la familia sobre la condición nutricional del niño, lograr la sensibilización a partir de la información acerca de las causas, consecuencias e implicación social de la obesidad infantil, porque ello facilita enfrentar la enfermedad nutricional y participar activamente en su recuperación.

En el *área físicoambiental*, los datos cuantitativos reflejan que las familias de niños obesos residen generalmente en viviendas autoconstruidas, con servicios básicos de agua potable y aseo urbano con una periodicidad de funcionamiento inadecuada. Este hecho, igualmente fue observado en los domicilios de los casos familiares entrevistados y podría ser una condición que propicie enfermedades infectocontagiosas o atenten contra la salud en general de la comunidad.

En la *clasificación de las familias*, los datos y la información obtenida a través de las entrevistas en profundidad, coinciden en que la obesidad infantil está inmersa en familias pobres y en hogares de estrato social IV (pobreza relativa), aspectos semejantes han sido planteados por algunos autores Strauss (1999), Peña et al.(2000), Pisabarrol et al.(2002) y Hernández et al.(2003), quienes afirman que la obesidad es un problema existente también en países pobres y es la otra cara de la malnutrición infantil.

En conclusión, es importante obtener una visión integral de la familia del paciente obeso, considerando sus características socioeconómicas, ambientales y familiares, a fin de potenciar la intervención. El esquema de atención del equipo interdisciplinario, debe ajustarse a las características particulares de la familia, ello puede minimizar el abandono de la consulta, generar compromisos familiares, facilitar la obtención de cambios o logros y aumentar las probabilidades de recuperación nutricional del niño obeso.

Bibliografía citada

- Aguirre, Patricia (2000). Aspectos socioantropológicos de la obesidad en la pobreza. En: La Obesidad en la pobreza. Un nuevo reto para la salud pública. **Publicación Científica** No. 576. Washington, DC: OPS.
- Collipal, E.; Silva, H.; Vargas, R.; Martínez C. (2006). "Significado de la Obesidad para los Adolescentes de Temuco-Chile". **Int. J. Morphol.** Vol. 24, No. 2. Chile.
- Díaz, Marcela (2000). "Percepción materna del estado nutritivo de sus hijos obesos". **Rev. Chil. Pediatr.** Vol. 71, No. 4. Santiago de Chile.
- Fuillat, Raúl (2004). "Tratamiento psicológico y educativo en adolescente con obesidad exógena". Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Se consiguió en el URL <http://www.psiquiatria.com/articulos/tralimentacion/14136> Consulta: 10-12-2007.
- Hernández, Bernardo; Cueva, Lucía; Levy, Teresa; Monterrubio, Erick; Ramírez, Claudia; García, Raquel; Rivera, Juan; Sepúlveda, Juan (2003). "Factores asociados con sobrepeso en niños mexicanos de edad escolar: resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición 1999". **Salud Pública.** Vol. 45, Sup 14: S551-S557. México.
- Instituto Nacional de Estadística. INE (2003). Indicadores Socioeconómicos. Se consiguió en el URL <http://www.ocei.gov.ve/> Consulta: 8-12-2006.
- Landaeta, Maritza; Macías, Coromoto; Fossi Marlene; García, María, Mendez Castellano, Layrise Miguel (2002). "Tendencia en el crecimiento físico y estado nutricional del niño venezolano". **Arch. Venez. Puericul. Pediatric.** Vol. 65 (1).
- Martínez, Manuel (1999). **La nueva ciencia: su desafío, lógica y método.** Trillas. México.
- Méndez, Hernán; De Méndez, María C. (1994). **Sociedad y Estratificación.** Método Graffar – Méndez Castellano. Caracas, Venezuela. FUNDACREDESA.
- Moraga, Francisco, Rebollo, María Jesús; Borquez, Pamela; Cáceres, Jeannette; Castillo, Carlos (2003). "Tratamiento de la obesidad infantil: Factores pronósticos asociados a una respuesta favorable". **Rev. Chil. Pediatr.** Vol. 74, No. 4. Santiago de Chile.
- Nader, Philip (1993). "The role of the family in obesity prevention and treatment". **Ann NY Acad Sci.** Vol. 699.
- Parizcovà, Janni; Hills, Andrew (2001). "Main factors associated with obesity in various periods". En: **Childhood obesity prevention and treatment.** Boca Raton: CRC Press.
- Peña, Manuel; Bacallao, Jorge (2000). La Obesidad en la pobreza. Un problema emergente en las Américas. Un nuevo reto para la salud pública. **Publicación Científica** No. 576. Washington, DC: OPS.

- Pisabarro, Raúl; Recalde, Alicia; Irrazábal, Ernesto; Chaftarebyenica (2002). "Primera encuesta nacional de sobrepeso y obesidad en niños uruguayos". **Rev. Méd. Urug.** Vol. 18, No. 3. Montevideo.
- Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional. SISVAN (2006). **Síntesis Informativa. Caracas. Distrito Federal.** Instituto Nacional de Nutrición.
- Sobal, Jeffery (1995). **Social influences on body weight.** En: Brownell KD, Fairburn CG, editors. *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook.* The Guilford Press. New York.
- Strauss, R.; Knight J. (1999). "Influence of the home environment on the development of obesity in children". **Pediatrics.** Vol. 6. No 85.
- Villaseñor, Sergio; Ontiveros, Claudia; Cárdenas, Karla (2006). "Salud mental y obesidad". **Investigación en salud.** Vol. VIII, No. 2. México.
- Zarzalejo, Zulema; Azuaje, Arelis (2005). **Caracterización dietética de niños y adolescentes obesos.** Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (Resultados no publicado). Caracas.