

## Aspectos socioeconómicos y familiares asociados en niños y adolescentes obesos\*

González Cabriles, William José\*\*

### Resumen

El estudio es transversal y correlacional donde se analizaron las variables socioeconómicas y familiares de una muestra no probabilística, constituida por 528 familias de niños con obesidad exógena, de 2 a 18 años, provenientes de diversos sectores del país, atendidos en la consulta de primera del Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo. El objetivo fue determinar los aspectos socioeconómicos y familiares asociados en niños y adolescentes con obesidad que asistieron al Centro. Los datos se procesaron con el programa SPSS 9.0. Se analizaron las distribuciones de frecuencias y el estadístico Chi-cuadrado para probar asociación entre las variables. El nivel de significancia fue 95%. En las familias de niños obesos se encontró que la mayoría de los jefes de familia eran obesos; las familias con pobreza extrema y la población infantil mayor de 15 años presentaron mayor sedentarismo; por último, las madres en general no participaron en la toma de decisiones en la compra de alimentos y no poseían nociones de alimentación equilibrada que les permitieran planificar la compra de alimentos. Estos aspectos se erigen como claves para ser abordados y resueltos por el trabajador social durante la intervención con el fin de favorecer la recuperación nutricional del niño obeso y su familia.

**Palabras clave:** Obesidad, factores socioeconómicos, niño, familia, Venezuela.

### *Socioeconomic and Family Aspects Associated with Obese Children and Adolescents*

### Abstract

A cross-sectional, correlational study was conducted on a non-probabilistic sample consisting of 528 families that have children with exogenous obesity, aged 2 -18 years, coming from different regions of the country and examined in the first-class consultation facility at the Children's Nutrition Center in Antimamo (Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo—CANIA). The purpose of the study was to determine the socioeconomic and family aspects associated with the obese children and adolescents attending CANIA. The SPSS 9.0 program was used to process data. Frequency distributions and chi squared statistics were analyzed to test asso-

\* El autor agradece a las Empresas Polar por el financiamiento de este trabajo.

\*\* Lic. en Trabajo Social con maestría en Asesoramiento y Desarrollo Humano. Actualmente se desempeña como trabajador social en el Centro de Atención Nutricional Infantil de Antímamo (CANIA).  
E-mail:wgonzalez.cania@gmail.com

Recibido: 12-05-14 • Aceptado: 12-10-03

ciation among the variables. The level of significance was 95%. Findings showed that most heads of the families of obese children were also obese; extremely poor families and children over 15 years old revealed a more sedentary lifestyle; lastly, the mothers generally did not participate in deciding on the food purchases and had no notions whatsoever about balanced nutrition that would allow them to plan the purchase of food. These aspects arise as keys to be approached and resolved by social workers during their interventions aimed at favoring the nutritional recovery of obese children and their families.

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

## Introducción

El sobrepeso y la obesidad son un problema de salud pública en el mundo, presente en familias de cualquier nivel socioeconómico. La historia ha mostrado su existencia y suelen ser una enfermedad que afecta a todas las regiones y en especial a países de América Latina y del Caribe (Peña y Bacallao, 2000 y Braguinsky, 2002). La obesidad infantil ha registrado un aumento en algunos países de América Latina: Chile 7,8%, Argentina 7,2%, Costa Rica 6,2%, Uruguay 6% y México 5,6% (Amigo, 2003). Venezuela, a través del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional del Instituto Nacional de Nutrición (INN), ha reportado la prevalencia del sobrepeso en niños y adolescentes (2 a 14 años), de 12,24% (SISVAN, 2002). Un estudio de la Situación Nutricional de escolares de la parroquia Antímamo (Caracas), reflejó un aumento del sobrepeso de 12,3% a 17,3% entre los años 2005 y 2008 (CANIA). Estos datos reflejan la magnitud de la obesidad, enfermedad que ha venido representando una carga socioeconómica para los países en desarrollo (Amigo, 2003).

Se ha descrito que la obesidad infantil es multicausal, cuyos aspectos son complejos, interactúan o se combinan y pueden desarrollar la enfermedad (Domínguez, 2005). Desde la perspectiva ambiental, los factores socioeconómicos y familiares tales como las condi-

ciones de bienestar económico, de pobreza y el estilo de vida poco saludable juegan un papel vital en el origen de la obesidad. En este sentido, el bienestar económico puede favorecer la compra y consumo excesivo de alimentos entre los integrantes de la familia (Márquez *et al.*, 2006) y por el contrario, en el caso de la pobreza, podría condicionar la dieta (por su bajo costo) a poca variedad, calidad y con altos contenidos de azúcares simples, grasas y carbohidratos (Peña y Bacallao, 2000 y Vizmanos *et al.*, 2006). En cuanto al área sociofamiliar, los estudios plantean que la obesidad, como producto del estilo de vida de los padres o de los miembros significativos de la familia, puede ser transmitido de generación en generación, influenciando así a los niños (Flores *et al.*, 2005). En el año 2009, el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA) publicó un estudio sobre las características socioeconómicas, familiares y ambientales de un grupo de niños obesos de la parroquia de Antímamo atendidos en consulta, concluyéndose que estas familias en su mayoría eran de tipo nuclear, con al menos un miembro y el jefe de la familia obesos y generalmente presentaban condiciones de pobreza estructural (González, 2009).

La experiencia de la atención social a estas familias, ha permitido detectar otras características que pudieran estar relacionadas con la obesidad infantil, tales como: 1) madres de niños obesos con una participación pasiva

en la toma de decisiones de la vida familiar, aspecto que limita sus acciones en pro de la salud nutricional de sus hijos; 2) madres con una jornada laboral prolongada, ausentes del hogar y con niños escolares obesos que permanecen solos dentro de la casa y consumiendo alimentos sin control; 3) familias con poca organización para la compra de alimentos, favoreciendo una ingesta sin noción de alimentación equilibrada (De Torres *et al.*, 2007); 4) niños obesos con más de un cuidador, para quienes su sistema de alimentación y crianza fueron inconsistentes y 5) el sedentarismo, aspecto que favorece el aumento del peso corporal debido al escaso gasto de calorías (Barría y Amigo, 2006).

Considerando lo anterior, con este estudio se pretende fortalecer la atención social de la familia del niño obeso. Por lo tanto, esta investigación tiene como objetivo determinar los aspectos socioeconómicos y familiares asociados a la población pediátrica con obesidad.

## **1. Materiales y Método**

Es un estudio transversal y correlacional, en el cual se analiza la asociación entre las variables socioeconómicas y familiares en niños con obesidad.

La muestra es no probabilística y el grupo de estudio quedó constituido por 528 familias de niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de obesidad exógena, con edades comprendidas entre 2 y 18 años y con evaluación social completa, atendidos en primera consulta de CANIA en el período marzo 2000 – marzo 2002 procedentes de la parroquia Antímano, otras entidades y estados de Venezuela. Se consideró como criterio de exclusión aquellas familias con niños, niñas y adolescentes obesos con patología crónica asociada.

### **a) Las variables**

*Procedencia de la familia:* sectores donde se domicilian los grupos familiares atendidos.

*Organización y planificación de la compra de alimentos:* características de la compra de alimentos que habitualmente presentan las familias. Se considera la frecuencia y la calidad con las que las familias compran los alimentos (diaria, semanal, quincenal o mensual), además si realizan la planificación de la misma (elaboran listas de productos según el número de integrantes de la familia, eligen dónde comprar, destinan el tiempo suficiente, evitan la compra por impulsos, buscan el ahorro familiar y adquieren suficientes alimentos de los rubros básicos establecidos por el Instituto Nacional de Nutrición, lo que favorece los requerimientos de la familia).

*Jornada laboral de la madre:* tiempo que dedica la madre o representante femenino del niño bajo atención, a labores remuneradas fuera del hogar. Si la jornada laboral excede las 8 horas diarias se define como prolongada.

*Participación de la madre en la toma de decisiones en la vida familiar:* características de participación de la madre o representante femenino del niño en atención, quien no delega las responsabilidades del hogar en otros integrantes, mayormente se involucra o le consulta a ella los asuntos familiares (educación, trabajo y alimentación), establece o aplica las normas de crianza y conoce del ingreso familiar y su distribución.

*Jefe de familia obeso:* característica de la persona o miembro del hogar (hombre o mujer) que toma mayormente las decisiones y asume las responsabilidades económicas dentro de la familia y que el entrevistado lo percibe de contextura obesa

*Cuidador estable:* persona que cotidianamente atiende al niño y quien frecuentemen-

te lo alimenta y cuida. Si el niño es cuidado y alimentado por un cuidador diferente en más de tres hogares durante la semana, se catalogará como situación de cuidador inestable.

*Sedentarismo:* padres o miembros significativos del grupo familiar que no realizan actividad física o recreativa (juegos, deportes, caminatas, actividades de recreo, educación física, ejercicios, entre otros), según lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) para el momento de la realización de este estudio. Si la familia realiza actividad física media hora diaria es considerada no sedentaria.

*Clasificación social de las familias:* se ubica a las familias basándose en los estratos sociales mediante la aplicación de la metodología de Graffar modificado (Méndez y de Méndez, 1994) y se estima el nivel de pobreza de las familias según el método Línea de pobreza, considerando los ingresos familiares y la canasta de alimentos normativa oficial reportada por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2003).

#### **b) Recolección de datos**

Los datos se recolectaron a través del Sistema de Información de Pacientes (SIP), programa computarizado que recoge la información del instrumento de evaluación social, el cual es un cuestionario semiestructurado aplicado por el trabajador social responsable en atender a las familias que asistieron por primera vez al CANIA. La entrevista dura aproximadamente 20 minutos y permite obtener los datos socioeconómicos y familiares, clasificación social y lugar de procedencia de las familias atendidas. Las variables jefe de familia obeso y el cuidador estable son relevantes según la literatura y la propia experiencia en la atención de pacientes obesos, por lo que fueron agregadas al formato de evaluación social con el fin de analizar esta información.

#### **c) Procesamiento y análisis estadístico**

Los datos fueron codificados y vaciados en una matriz de datos en Excel. Para su procesamiento estadístico se utilizó el programa de computación SPSS versión 9.0. (SPSS, 1999). Se realizó el análisis estadístico de los datos mediante distribuciones de frecuencias y el estadístico Chi-cuadrado para probar la hipótesis de asociación entre las variables.

## **2. Resultados**

Los datos reflejaron que las familias de niños obesos que asistieron al CANIA generalmente provienen de otras parroquias diferentes a Antímano y otros estados fuera de la capital (74,4%, n=393). En la muestra estudiada se obtuvo 2,4% (n=13) de niños menores de 2 años de edad, 21,6% (n=114) de 2 a 6 años, 44,3% (n=234) de 7 a 10 años, 27,3% (n=144) de 11 a 14 años y 4,4% (n=23) de 15 años o más. En cuanto al sexo, 51,1% (n=270) eran del sexo masculino y 48,9% (n=258) era femenino.

La madre con jornada laboral prolongada se presentó en 31,1% (n=164) de las familias estudiadas, el jefe de familia obeso apareció en 74,4% (n=393), la ausencia de la planificación y organización de la compra de alimentos fue de 55,5% (n=293), la escasa participación de la madre en la toma de decisiones en la vida familiar alcanzó 11,0% (n=59), el sedentarismo en las familias fue de 88,0% (n=464), y 97,0% (n=510) de los niños obesos tienen un cuidador estable.

En cuanto a la clasificación social, mediante el método Graffar modificado, se registró que la mayoría de las familias evaluadas pertenecen a los estratos IV y V con 68,4% (n=361) y 15,0% (n=79), respectivamente. A través del método Línea de Pobreza, se reportó un mayor porcentaje de familias no pobres

y en menor cantidad pobres: 54,4% (n=287) y 35,1% (n=185). Es de destacar que 33,0% (n=174) de las familias pertenecientes a los estratos IV y V según el método Graffar modificado también presentan pobreza y pobreza extrema según el método Línea de Pobreza, ello indica la presencia de pobreza estructural y coyuntural.

Con respecto a las asociaciones estadísticas, la clasificación social a través del método de Graffar modificado resultó significativamente relacionada con el jefe de familia obeso ( $p=0,005$ ), observándose que generalmente estos jefes de familia se situaron en los estratos IV y V con una presencia de 75,3% (n=272) y 77,2% (n=61), respectivamente; por otro lado en familias de estrato II la obesidad en el jefe de la misma se presentó en 44,8% (n=13).

La clasificación social a través del método Línea de Pobreza tuvo una asociación significativa con la jornada laboral de la madre ( $p=0,018$ ). La relación se presentó de tal manera que, de las familias no pobres, 36,6% (n=105) presentaron madres con jornadas laborales prolongadas, mientras que de las familias con pobreza extrema solo 18,2% (n=2) tienen madres con jornadas prolongadas. Esta variable (Línea de Pobreza) también se asoció significativamente con la variable sedentarismo ( $p=0,015$ ), evidenciando que de las familias con pobreza extrema, todas (100,0%, n=11) presentaron sedentarismo; en el caso de las familias con pobreza no extrema, 93,1% (n=162) eran sedentarias y en aquellas no pobres, el sedentarismo estaba presente en 85,0% (n=244).

La jornada laboral de la madre se asoció significativamente con la clasificación social según el método Graffar modificado ( $p=0,000$ ). De forma tal que de las familias pertenecientes al estrato II, 51,7% (n=15)

cuentan con la presencia de madres con jornadas laborales prolongadas, mientras que en familias de estrato V solo 12,7% (n=10) presentaron madres con jornadas prolongadas. Tanto en familias de estrato II como en las familias de estrato IV, la variable jornada laboral de la madre y la variable planificación y organización en la compra de alimentos resultaron asociadas ( $p=0,033$  para el estrato II y  $p=0,043$  para el estrato IV). Para las familias del estrato II, la ausencia de organización de la compra de alimentos fue de 86,7% (n=13) en madres que tienen jornada laboral prolongada y de 50,0% (n=7) en las madres cuya jornada no es prolongada. En cuanto a las familias del estrato IV, la ausencia de organización de la compra de alimentos fue de 62,6% (n=72) en madres con jornada laboral prolongada y de 51,2% (n=126) en las madres con ausencia de jornadas prolongadas.

Se evidenció la asociación entre la participación de la madre en la toma de decisiones en la vida familiar y la planificación y organización de la compra de alimentos ( $p=0,031$ ). En aquellas madres que participan en la toma de decisiones en la vida familiar, la planificación y organización de la compra de alimentos estuvo ausente en 57,1% (n=268) de la muestra; por otro lado, de las madres que no tienen participación en la toma de decisiones, la planificación y organización en la compra de alimentos estuvo ausente en un 42,4% (n=25).

El sedentarismo se asoció significativamente con la edad de las unidades de estudio ( $p=0,032$ ). En los adolescentes con edades de 15 años o más, el sedentarismo familiar resultó presente en el 100,0% (n=23), en niños de 11 a 14 años de edad fue de 88,9% (n=128), 7 a 10 años 84,2% (n=197), 2 a 6 años 93,0% (n=106) y en los menores de dos años alcanzó el 76,6% (n=10).

Se observó también que la variable cuidador estable no presentó relaciones significativas con ninguna de las variables estudiadas.

### **3. Discusión de los resultados**

Es de acotar que las variables socioeconómicas y familiares analizadas, y sus relaciones, obedecen a un momento específico; sin embargo, se ha observado en la actualidad a través de la atención social de las familias de niños obesos que esta situación no ha sufrido cambios sustanciales con respecto a la época de la recolección de información.

El hecho de que la mayoría de las familias de los niños obesos atendidos en el CANIA proceden de otras parroquias o estados, puede obedecer, por una parte, a la carencia de programas de nutrición especializada en otras regiones del país y por la otra, al desconocimiento de la obesidad como enfermedad, existente en la población en general, cuya situación no difiere de las familias residentes en la parroquia Antimano.

En este estudio se encontró que los porcentajes de hembras y varones obesos no difieren marcadamente. Al respecto, este resultado coincide con una investigación realizada sobre la ingesta de macronutrientes y prevalencia de la malnutrición por exceso en escolares de distinto nivel socioeconómico de la región metropolitana de Chile (Liberona et al., 2008), donde en una muestra de 1732 escolares (5 y 6 grado), con edades entre 9 y 12 años, se evidenció una alta prevalencia de obesidad y no se hallaron diferencias por sexo, situación que indica que la malnutrición por exceso no está asociada al sexo.

Los resultados de la aplicación de las metodologías de clasificación social evidencian tres perfiles de las condiciones socioeconómicas de las familias estudiadas. En primer

lugar, se tienen a las familias de niños obesos con pobreza estructural con alta proporción dentro de la muestra estudiada, aspecto coincidente con los de otro estudio realizado por autores venezolanos (Landaeta et al., 2002), donde se observó en altos porcentajes la presencia de sobrepeso o malnutrición por exceso en niños pertenecientes a los estratos sociales bajos. Estos hallazgos refieren la existencia del sobrepeso y obesidad infantil en familias con una condición económica que tarda más tiempo en superarse.

El segundo lugar, se evidenció el predominio de las familias no pobres con niños obesos. Estos grupos tienen una mayor accesibilidad a los alimentos, aun cuando ello no signifique una ingesta de alimentos de mejor calidad y variedad. Esta misma situación, se observó en un estudio sobre obesidad realizado en Chile, donde el grupo de familias con mayor poder adquisitivo compraban y consumían grandes cantidades de alimentos, principalmente de productos de alto contenido energético (Adjemian et al., 2007). Posiblemente, este hecho obedece a la escasa educación nutricional.

Por último, el tercer grupo correspondió a una pequeña proporción de familias de niños obesos con pobreza estructural y coyuntural, situación que contribuye a la inseguridad alimentaria en el hogar y afecta negativamente la calidad de vida. En México, se efectuó un estudio y estas condiciones económicas también fueron detectadas, encontrándose el aumento de la obesidad en situaciones sociales extremas (Pérez et al., 2005). Estos resultados (perfiles socioeconómicos de las familias analizadas) confirman lo planteado por Amigo (2003) sobre el desarrollo de la obesidad en cualquier contexto socioeconómico.

En cuanto a la presencia del jefe de familia obeso en los estratos bajos, como perso-

na significativa en el núcleo familiar, su poder, autoridad e influencia (Macías, 2004), podría generar o reforzar la obesidad en los niños debido a la transmisión de creencias, el modelaje de conductas y hábitos alimentarios inadecuados e imagen o textura corporal. Existen pocos reportes sobre la asociación entre el jefe de familia obeso y el estrato social de la familia, sin embargo, se pueden mencionar el estudio de Pisabarrol *et al.* (2002), quienes encontraron una relación directa con el ambiente obesógeno familiar, el padre presente obeso y la obesidad del descendiente. Este hecho, aunado a los bajos ingresos familiares condicionan el patrón de consumo del niño y su familia a uno inapropiado e influyente en la génesis de la obesidad.

Por otro lado, se hizo evidente que en familias con pobreza y pobreza extrema, la proporción de madres con jornadas laborales prolongadas es menor en comparación con familias no pobres. Posiblemente la limitación principal de la prolongación del horario laboral de estas madres en pobreza, es el insuficiente apoyo familiar e institucional para el cuidado de sus hijos y es un hecho comúnmente observado.

Debe mencionarse que las madres no pobres con jornada laboral prolongada presentan una condición económica favorable que les han permitido tener seguridad alimentaria en el hogar; sin embargo, ello no es expresión de garantía de una alimentación saludable, posiblemente porque desconocen sobre la dieta equilibrada aun cuando tengan disponibilidad económica. Al respecto, Adjemian *et al.* (2007), reportan que los grupos familiares con un nivel socioeconómico alto tienen una mayor capacidad de adquisición de alimentos, pero su dieta no es necesariamente nutricionalmente equilibrada.

Generalmente, las madres con jornada laboral prolongada permanecen mayor tiempo ausentes del hogar, situación que pudiera originar problemas nutricionales en los niños, debido a la poca supervisión adulta en el momento de la comida, comen solos, en cualquier lugar de la casa, repiten raciones, tienen distractores, además, esto obstaculiza el cumplimiento efectivo de los roles de crianza y la ejecución de las orientaciones nutricionales. Estos aspectos han sido tratados por diversos autores, quienes refieren las dificultades que enfrentan las madres trabajadoras con relación a las tareas del hogar y la falta de tiempo para dedicarse a sus hijos debido, entre otros, al cansancio producto del trabajo fuera del hogar (Vizmanos *et al.*, 2006 y Feldman *et al.*, 2008).

Es importante plantear en relación con las madres de los niños obesos, trabajadoras sin jornada prolongada y pobres, cuentan con más de tiempo dentro del hogar cumpliendo roles de alimentación del niño. Sin embargo, sus escasos ingresos económicos propician la inseguridad alimentaria y el establecimiento de un patrón inadecuado de consumo de alimentos (Solano *et al.*, 2003), condiciones que podrían generar la obesidad infantil.

En el presente trabajo se reporta que las madres con o sin jornada laboral prolongada no organizan ni planifican la compra de alimentos, ello pudiera estar reflejando un problema de educación nutricional, el cual repercute en contra de la adquisición de productos que aseguren una alimentación equilibrada, desfavoreciendo la salud nutricional de los niños y de ellas mismas. Vizmanos *et al.* (2006) han señalado que el aumento del número de mujeres trabajando fuera del hogar, está trayendo como consecuencia un mayor consumo de alimentos procesados, debido a que las

mismas no disponen de suficiente tiempo para dedicarlo a la preparación de las comidas.

En los casos de las madres con jornada laboral prolongada, el factor tiempo representaría el principal limitante para la compra de alimentos, ya que muchas de ellas a la salida de su larga jornada no consiguen abiertos los expendios de alimentos y la solución es conformarse con las reservas de alimentos que tienen en casa, donde se tienden a almacenar poco frutas y vegetales y como consecuencia se afecta negativamente la calidad nutricional de las dietas (Britos et al., 2004).

Se observó que tanto las madres de niños obesos que participan en la toma de decisiones en la vida familiar, como las que no lo hacen, no planifican la compra de alimentos. Este hecho, podría indicar que las madres asocian poco la organización de la compra de alimentos como una actividad que involucra la toma de decisiones, la salud y la responsabilidad doméstica. Además, la experiencia ha mostrado que esta situación también pudiera deberse al desconocimiento, comodidad, apatía, no son proveedoras económicas o delegan responsabilidades domésticas en otros miembros. Sin embargo, es importante destacar que la planificación de la compra de alimentos representa una toma de decisión que contribuye a optimizar el gasto en alimentación, permite tener una idea de los requerimientos nutricionales y favorece la participación familiar. Además, la familia capacitada elabora su plan de alimentación según sus necesidades y situación económica (Beauquis et al., 2006; Domper et al., 2005 y Román, 2010).

De igual forma, en el caso de la presencia de jefes de familias con obesidad, cuando éste no es la madre, probablemente ejercen dominio y control dentro del hogar, que no solo contempla el aspecto alimentario sino otras situaciones familiares y su actitud puede

limitar la participación de la madre en la toma de decisiones al inducir en ella pasividad para la tarea de organización de la compra de alimentos.

Por su parte, la asociación de la pobreza y el sedentarismo resultó significativa, reflejando que las familias pobres presentan un mayor sedentarismo en comparación con las familias no pobres. Al respecto, es un hecho similar a lo reportado en una investigación de Chile, donde se encontró que el 55% (n=87) de los niños entre 8 a 11 años de bajos recursos económicos no tenían actividad física fuera del colegio (Olivares et al., 2006). El sedentarismo en familias pobres, posiblemente está relacionado con el desconocimiento general de los beneficios que aporta la práctica de la actividad física, el aumento del tiempo de dedicación a actividades que no exigen ejercicio físico (Romero, 2009), los escasos lugares de esparcimiento y recreación, la alta inseguridad personal y los sectores populares con problemas de relieve y orografía.

Se observó que el sedentarismo se relacionó significativamente con las edades de las unidades de estudio, situación semejante evidenciada en el estudio de Tovar *et al.* (2008), quienes encontraron una asociación de sobrepeso con comportamientos sedentarios y bajo desempeño físico en niños de 7 a 18 años, además este autor resalta que el sedentarismo en edades tempranas es un factor de riesgo que favorece el aumento del nivel de sedentarismo en la fase adulta. Al respecto, Buhning *et al.* (2009), mencionan que el sedentarismo se ha incrementado a nivel mundial, indistintamente del género, edad y situación socioeconómica.

#### 4. Consideraciones finales

Se recomienda abordar las áreas de dinámica familiar y económica de las familias



con pacientes obesos. En estas familias es importante sensibilizarlas acerca de la obesidad como enfermedad, ello posibilita un mayor conocimiento, participación y responsabilidad en el cumplimiento del tratamiento nutricional. Es indispensable incorporar al jefe de familia en el tratamiento nutricional, su poder e influencia favorece el cambio del estilo de vida en el seno familiar. Se debe reforzar la participación de la madre en la organización de la compra de alimentos como un aspecto vinculado a la toma de decisiones en salud nutricional. Igualmente, es indispensable potenciar la educación nutricional en las madres trabajadoras, hecho que fortalecerá su toma de decisiones y la organización de la compra de alimentos saludables para todo el hogar. Por último, es importante fomentar la práctica de actividad física, partiendo de los intereses familiares y considerando los criterios actuales de la Organización Mundial de la Salud.

### **Bibliografía citada**

- Adjemian, Daniela; Bustos, Patricia y Amigo, Hugo (2007). "Nivel socioeconómico y estado nutricional. Un estudio en escolares". **Archivos Latinoamericanos de Nutrición**. Vol. 57, No. 2. Caracas, Venezuela. Pp. 125-129.
- Amigo, Hugo (2003). "Obesidad en el niño en América Latina: situación, criterios de diagnóstico y desafíos". **Cadernos Saúde Pública**. Vol. 19, Supl. 1. Rio de Janeiro, Brasil. Pp. S163-S170.
- Barria, Mauricio y Amigo, Hugo (2006). "Transición nutricional: una revisión del perfil latinoamericano". **Archivos Latinoamericanos de Nutrición**. Vol. 56, No. 1. Caracas, Venezuela. Pp. 3-11.
- Beauquis, Ana; Chacho, Candela; Pueyrredón, Paula y Britos, Sergio (2006). Alimentación económica en la familia: Hacia una mejor compra de alimentos. Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI). Disponible en: [http://www.nutrinfo.com/pagina/info/alimentacion\\_economica\\_en\\_la\\_familia.pdf](http://www.nutrinfo.com/pagina/info/alimentacion_economica_en_la_familia.pdf) Consulta realizada el 08 de agosto de 2011.
- Braguinsky J (2002). "Prevalencia de la obesidad en América Latina". *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. Vol. 25, Supl 1. Navarra, España. Pp. 109-115.
- Britos, Sergio; Clacheo, Rodrigo; Grippo, Beatriz; O'Donnell, Alejandro; Pueyrredón, Paula; Pujato, Dolores; Rovirosa, Alicia y Uicich, Raúl (2004). Obesidad en Argentina: ¿Un nuevo fenotipo? Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI). Disponible en: <http://www.nutrinfo.com/pagina/info/ob05-01.pdf> Consulta realizada el 08 de agosto de 2011.
- Buhring, Kristian; Oliva, Patricio y Bravo, Claudio (2009). "Determinación no experimental de la conducta sedentaria en escolares". **Revista Chilena de Nutrición**. Vol. 36, No. 1. Santiago de Chile, Chile. Pp. 23-30.
- Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA) (2008). Estudio de la situación nutricional de la parroquia Antímamo. Material no publicado. Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo. Caracas. 78 p.
- De Torres Aured Maria Lourdes y Francés Pinilla, Marina (2007). La dieta equilibrada: guía para enfermeras de atención primaria. Madrid: Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación. Disponible en: <http://www.nutricion.org/publicaciones/pdf/Gu%C3%ADa%20AP-Diet%C3%A9ticaWeb.pdf> Consulta realizada el 15 de agosto de 2011.

- Domínguez, Zury (2005). "Entre la delgadez y la obesidad". *Anales Venezolanos de Nutrición*. Vol. 18, No. 1. Caracas, Venezuela. Pp. 110-112.
- Domper, Alejandra; Zacarias, Isabel; Olivares, Sonia; González, Daniela y Vio, Fernando (2005). "Entrega de información nutricional y caracterización de la compra de alimentos en supermercados". **Revista Chilena de Nutrición**. Vol. 32, No. 2, Santiago de Chile, Chile. Pp. 142-149.
- Feldman, Lya; Vivas, Eleonora; Lugli, Zoraide; Zaragoza, Joanmir y Gomez, Viviola (2008). "Relaciones trabajo-familia y salud en mujeres trabajadoras". **Revista de Salud Pública de México**. Vol. 50, No. 6. Cuernavaca, México. Pp. 482-489.
- Flores, Mario; Carrión, Citlalli y Barquera, Simón (2005). "Sobrepeso materno y obesidad en escolares mexicanos. Encuesta Nacional de Nutrición, 1999". **Revista de Salud Pública de México**. Vol. 47, No. 6. Cuernavaca, México. Pp. 447-450.
- González, William (2009). "Características socioeconómicas, familiares y ambientales en niños obesos de la Parroquia Antímano-Caracas". **Revista de Ciencias Sociales**. Vol. XV, No.2. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Instituto de Investigaciones. Maracaibo. Venezuela. Pp. 235-244.
- Instituto Nacional de Estadística (2003). Indicadores socioeconómicos. Disponible en: [www.ine.gov.ve](http://www.ine.gov.ve). Consulta realizada el 12 de diciembre de 2010.
- Landaeta, Maritza; Macías, Coromoto; Fossi, Marlene; García, María; Layrisse, Miguel y Méndez, Hernán (2002). "Tendencia en el crecimiento físico y estado nutricional del niño venezolano". **Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría**. Vol. 65, No. 1. Caracas, Venezuela. Pp. 13-20.
- Márquez, Lydía; Olivares, Sonia; Dinamarca, Bárbara; Bustos, Nelly (2006). "Patrones alimentarios y su relación con sobrepeso y obesidad en niñas chilenas de nivel socioeconómico medio alto". **Revista Archivos latinoamericanos de Nutrición**. Vol.56, No. 2. Caracas. Pp.165-170.
- Liberona, Yésicca; Engler, Valerie; Castillo, Oscar; Villaroel, Luis y Rosowki, Jaime (2008). "Ingesta de macronutrientes y prevalencia de malnutrición por exceso en escolares de 5° y 6° básico de distinto nivel socioeconómico de la Región Metropolitana". **Revista Chilena de Nutrición**. Vol. 35, No. 3. Santiago de Chile, Chile. Pp. 190-199.
- Macías, María Amarís (2004). "Roles parentales y El trabajo fuera del hogar". *Psicología desde el Caribe. Revista del programa de psicología de la Universidad del Norte*. No 13. Barranquilla, Colombia. Pp. 15-28
- Méndez, Hernán y de Méndez, María (1994). *Sociedad y estratificación. Método de Graffar-Méndez Castellano*. Caracas: FUNDACREDESA. 206 p.
- Olivares, Sonia; Bustos, Nelly; Moreno, Ximena; Lera, Lidia y Cortez, Silvana (2006). "Actividades y prácticas sobre alimentación y actividad física en niños obesos y sus madres en Santiago de Chile". *Revista Chilena de Nutrición*. Vol. 33, No. 2, Santiago de Chile, Chile. Pp. 170-179.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008). *Prevención de las enfermedades cardiovasculares: guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular*. Ginebra. 32 p.
- Peña, Manuel y Bacallao, Jorge (2000). "La obesidad en la pobreza: Un problema emer-

- gente en las Américas”. En: Peña M, Bacallao J, eds. **La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública**. Organización Panamericana de la Salud; Publicación Científica No. 576. Washington, D. C. Pp. 3-11.
- Pérez Somigliana, María; Jarrúz, María; Pistoni, Martha y Huergo Amalia (2005). “Estudio prevalencia de obesidad en escolares de 7 a 9 años de niveles sociales extremos”. Ministerio de Salud de la Nación, Centro Nacional de Investigaciones Nutricionales. Buenos Aires. Disponible en: [http://prontus.uv.cl/publicadematica/pubasignaturas/medicina/m/metodologiadelainvestigacionclinica/site/artic/20070709/asocfile/obesidad\\_y\\_pobreza.pdf](http://prontus.uv.cl/publicadematica/pubasignaturas/medicina/m/metodologiadelainvestigacionclinica/site/artic/20070709/asocfile/obesidad_y_pobreza.pdf) Consulta realizada el 15 de noviembre de 2011.
- Pisabarrol, Raúl; Recalde, Alicia; Irrazábal, Ernesto y Chaftare, Yenica (2002). “ENSO niños1: Primera encuesta nacional de sobrepeso y obesidad en niños uruguayos”. **Revista Médica de Uruguay**. Vol. 18, No. 3. Montevideo, Uruguay. Pp. 244-250.
- Román, Corina (2010). “Compra con equilibrio y asegura la alimentación”. Fundación Bengoa. Disponible en: [http://www.fundacionbengoa.org/informacion\\_nutricion/compra\\_equilibrio.asp](http://www.fundacionbengoa.org/informacion_nutricion/compra_equilibrio.asp) Consulta realizada el 03 de agosto de 2011.
- Romero, Tomás (2009). “Hacia una definición de Sedentarismo”. **Revista Chilena de Cardiología**. Vol.28, No.4, Santiago, Chile. Pp. 409-413.
- Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) (2002). Situación Nutricional de los niños de 2 a 14 años según combinación de Indicadores por Entidad Federal, Venezuela. Instituto Nacional de Nutrición. Caracas. 26 p.
- Solano, Liseti; Velásquez, Emma; Naddaf, Gloria y Paéz, María (2003). “Patrón de lípidos en preescolares de bajos recursos económicos”. **Revista Acta Científica Venezolana**. Vol. 53, No. 4, Caracas, Venezuela. Pp. 248-253.
- SPSS (1999). Base 9.0 for Windows. Manual del usuario. Chicago, IL.: SPSS Inc.
- Tovar, Gustavo; Gutiérrez, Javier; Ibáñez, Milciades y Lobelo, Felipe (2003). “Sobrepeso, inactividad física y baja condición física en un colegio de Bogotá, Colombia”. **Archivos Latinoamericanos de Nutrición**. Vol. 58, No 3, Caracas, Venezuela. Pp. 265-273.
- Vizmanos B; Hunot C y Capdevilla F (2006). “Alimentación y obesidad”. **Investigación en Salud**, Vol. VIII, No. 2. Pp. 79-85.