

Creencias de Estudiantes de Secundaria Españoles y Mexicanos sobre las Causas de la Obesidad

Rigoberto León-Sánchez^{1*}, Blanca Elizabeth Jiménez-Cruz* & José Antonio Gonzalo Sobrino**

*Universidad Nacional Autónoma de México, **Comunidad Autónoma de Madrid

Resumen

Se exploraron, a través de un cuestionario diseñado *ex profeso*, las creencias sobre las causas de la obesidad en una muestra de 142 estudiantes de segundo y tercer grados de secundaria (71 españoles y 71 mexicanos). El rango de edad de los participantes fue de 13 a 16 años ($M = 14.02$, $DE = .846$). Los participantes consideraron que la *Voluntad* y la *Personalidad* son las causas más importantes de la obesidad, $X^2(5, 142) = 265.353$, $p < .001$, en tanto que los factores considerados menos importantes fueron *Comida*, *Educación*, *Ejercicio* y *Genética*. Dicha forma de conceptualizar las causas de la obesidad parece dar pie a que los participantes responsabilicen a las personas obesas de su condición, $t(141) = -13.740$, $p < .001$. Por último, se discute cómo se articula las creencias sobre las causas de la obesidad y las actitudes mantenidas hacia las personas obesas.

Palabras Clave: Obesidad, Creencias, Actitudes, Atribución, Estudiantes de Secundaria

Beliefs of Spaniard and Mexican High School Students about the Causes of Obesity

Abstract

In order to explore the beliefs about the causes of obesity, one questionnaire designed on purpose were applied to a sample of 142 students of second and third grades of secondary school (71 Spaniard and 71 Mexican), with ages between 13 and 16 years ($M = 14.02$, $SD = .846$). Participants considered that *Volition* and *Personality* were the most important causes of obesity, $X^2(5, 142) = 265.353$, $p < .001$, while *Food*, *Education*, *Exercise* and *Genetics* were the least important factors. This way of conceptualizing the causes of obesity seems to lead participants to blame obese people because of their condition, $t(141) = 13.740$, $p < .001$. Finally, we discuss how beliefs about the causes of obesity and attitudes held towards obese people are articulated.

Keywords: Obesity, Beliefs, Attitudes, Attribution, Secondary School Students

Original recibido / Original received: 11/02/2015

Aceptado / Accepted: 26/06/2015

¹ Facultad de Psicología, Edificio "B", 3er piso, Cubículo B-206. Ciudad Universitaria. Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad. Delegación Coyoacán, c. p. 04510, México, DF, E-mail: rigobert@unam.mx, Teléfono: 56 22 22 36

Existe evidencia de que las personas, con independencia de su edad y de su ocupación, tienden a considerar que la obesidad es un rasgo corporal controlable a voluntad por el individuo dejando de lado aspectos causales tan importantes como la genética, las alteraciones metabólicas, la disponibilidad de lugares adecuados para realizar ejercicio, el acceso a alimentos saludables, etc. (Bell & Morgan, 2000; Crandall, 1994; Hardus, van Vuuren, Crawford & Worsley, 2003; Malterud & Ulriksen, 2011; Ogden & Flanagan, 2008; Sikorski et al., 2011; Teacman & Brownell, 2001).

En los estudios que han examinado las ideas que tienen los individuos sobre las causas de la obesidad en población general (Hardus et al., 2003; Sikorski et al., 2011), profesionales de la salud (Bell & Morgan, 2000; Brown, Stride, Psarou, Brewins & Thompson, 2007; Malterud & Ulriksen, 2011; Ogden & Flanagan, 2008) y niños (Babboram, Mullan & Sharpe, 2011; Fielden et al., 2011; Johnson et al., 1994; Nuñez, 2007) se ha encontrado de manera reiterada que los participantes tienden a considerar la ingesta excesiva de comida y la falta de actividad física como los factores causales más relevantes de la obesidad. Por ejemplo, Hilbert, Rief y Braehler (2007) encontraron que un grupo de adultos alemanes consideraron la carencia de actividad física y la sobrealimentación como los factores más relevantes, mientras que el ambiente obesogénico y la genética fueron considerados los factores menos importantes. Estos datos resaltan lo que otros trabajos han encontrado (Brown et al., 2007; Hardus et al., 2003), es decir, si bien los adultos reconocen que las causas de la obesidad son multifactoriales, no les otorgan el mismo peso a todos los factores. En estudios realizados con profesionales de la salud (Hoppé & Ogden, 1997; Neumark-Sztainer, Story & Harris, 1999; Ogden & Flanagan, 2008) se ha encontrado que estos, a diferencia de la población general, reconocen que los desórdenes biológicos pueden ser causantes de la obesidad; sin embargo, al igual que lo hace la población general, los legos consideran que los factores más determinantes son de índole personal: la sobrealimentación, los malos hábitos alimentarios en general y el volverse adicto a la comida. En un meta-análisis sobre el tema, Sikorski et al. (2011) encontraron que los adultos tienden a pensar que la falta de actividad y comer en exceso son las causas más importantes en el problema de la obesidad. Asimismo, estos autores encontraron que las causas que están bajo el control individual son las que más nombra la población encuestada, y ello con independencia del reconocimiento de la multi-causalidad de la obesidad.

Esta idea acerca de la "controlabilidad" de la obesidad se ha observado incluso en niños preescolares. Musher-Eizenman, Holub, Miller, Goldstein y Edwards-Leeper (2004) realizaron un estudio con niños de 4 a 6 años de edad, y encontraron que quienes pensaron que un niño obeso podía bajar de peso si así lo deseaba también tendieron a considerarlo desagradable, tonto, descuidado, sin amigos, feo y ruidoso. Además, cuando se les preguntó a quién elegirían como amigo, de entre un niño delgado, uno normopeso y uno obeso, el obeso fue elegido sólo en el 16% de las veces, mientras que el delgado fue elegido el 39%, y el normopeso el 45% de las veces. Anesbury & Tiggemann (2000) obtuvieron resultados similares en un estudio efectuado con niños australianos entre 8 y 12 años de edad: los niños que percibieron mayor controlabilidad de la obesidad

mostraron más estigmatización de la obesidad. Asimismo, se ha constatado que la atribución de la obesidad a factores internos como la motivación o la voluntad conduce a culpabilizar a los individuos obesos por su condición, generando no solo actitudes negativas y de menor empatía hacia ellos sino que también conduce a conductas de discriminación hacia la gente obesa (Allison, Basile & Yuker, 1991; Crandall, 1994; Jiménez-Cruz, Castellón-Zaragoza, García-Gallardo, Bacardí-Gascón & Hovell, 2008; Malterud & Ulriksen, 2011; Ribas et al., 2009; Romero & Marini, 2006). En otras palabras, a pesar de la multiplicidad de factores causantes de la obesidad (Caroli & Lagravinese, 2002), socialmente se le tipifica como pérdida de control, ausencia de mesura y como una “ofensa” en contra de los ideales estéticos (Warschburger, 2005).

En resumen, la obesidad es vista como una condición que puede ser reversible a partir de la fuerza de voluntad, es decir, se cree que el obeso es “responsable” de su obesidad. Este hecho, denominado por Crandall (1994) como “ideología de la culpa”, muestra el siguiente patrón: entre más fuerte es la creencia de que la persona es responsable de su condición, más se le rechaza (Anesbury & Tiggemann, 2000). Por este motivo, se ha pensado que brindando información a la gente sobre las causas de la obesidad que se encuentran fuera del control del individuo (como los factores genéticos o las enfermedades médicas) se podrían modificar las creencias asociadas con la obesidad y la disposición para relacionarse con las personas obesas. Así, en algunos casos se ha probado si una mayor información acerca de las causas de la obesidad hace decrecer las actitudes negativas que tienen las personas hacia los individuos obesos. Bell y Morgan (2000) realizaron una investigación con niños de 9 a 11 años de edad para conocer si sus actitudes hacia la obesidad y su disposición para relacionarse con niños obesos diferían si se les presentaba información de tipo médico acerca de las causas de la obesidad. Los datos que obtuvieron indicaron que la explicación médica de la obesidad modificó sólo en cierto sentido las creencias negativas asociadas con la obesidad, especialmente en los niños de 9 años, quienes culparon menos al obeso por su condición, pero no se mostraron más dispuestos a convivir con ellos que los niños de 11 años. Esto remarca lo que encontraron Danielsdóttir, O’Brien y Ciao (2010) en un análisis de 16 estudios cuyo objetivo fue reducir el prejuicio hacia las personas obesas, a saber, a pesar de la evidencia de que el aumento de peso es producto de una compleja interacción de factores biológicos y ambientales, la tendencia es asumir que el sobrepeso y la obesidad son controlables por el individuo a través de la dieta y la actividad física.

El objetivo principal del presente estudio fue examinar las ideas que tienen los estudiantes de secundaria, tanto mexicanos como españoles, acerca de las causas de la obesidad, así como la posible tendencia a responsabilizar a las personas obesas por su condición. Un objetivo derivado fue indagar si tanto las ideas sobre la obesidad como las actitudes hacia las personas obesas pudieran ser distintas si difiere la competencia académica de los participantes, tomando como referencia el puntaje PISA a nivel nacional, el cual ha mostrado mejores puntajes para España que para México (Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, 2013; Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación, 2013).

Método

Participantes

Se seleccionó de manera intencional no probabilística una muestra compuesta por 142 estudiantes (68 mujeres y 74 hombres) que cursaban segundo ($n = 65$) y tercer ($n = 77$) grados de secundaria (rango de edad de 13 a 16 años; $M = 14.02$, $DE = .846$). Los participantes fueron reclutados de un colegio público de la Comunidad de Madrid y de una escuela pública de la Ciudad de México (ver Tabla 1).

Tabla 1

Características socio-demográficas de los participantes

Variable		Ciudad de México ($n = 71$)	Comunidad de Madrid ($n = 71$)
Edad	Mínimo	13	13
	Máximo	16	16
	M	13.83	14.21
	DE	.862	.791
Sexo	Hombres	36	38
	Mujeres	35	33
Grado	2° secundaria	33	32
	3° secundaria	38	39

Instrumentos

a) Causas de la obesidad. Se diseñó un cuestionario compuesto por 18 ítems con el objetivo de evaluar las ideas sobre las causas de la obesidad. Los ítems incluidos en el cuestionario fueron construidos con base en una revisión de la literatura y son muy similares a los utilizados en otros estudios (Brown et al., 2007; Hilbert et al., 2007; Klaczynski, Goold & Mudry, 2004; Neumark-Sztainer, Story & Harris, 1999; Ogden & Flanagan, 2008). Asimismo, los 18 ítems fueron organizados *ex profeso* en seis categorías diferentes (tres ítems en cada una). Cada una de esas categorías representaba alguno de los factores que de acuerdo con la literatura (Brown et al., 2007; Hardus et al., 2003; Sikorsi et al., 2011) se han aducido como causas de la obesidad. Los ítems fueron respondidos en una escala Likert de cuatro puntos: 1 = Totalmente en desacuerdo; 4 = Totalmente de acuerdo. Así, un puntaje alto en alguno de los conjuntos de ítems indicaba un mayor acuerdo con la causa examinada en esa categoría. En la Tabla 2 se presenta un ejemplo por cada categoría causal. Por último, se elaboraron dos versiones, una para varones y otra para mujeres, teniendo “niños” como sujeto de los enunciados en la primera y “niñas” en la segunda (véase la nota de la tabla 2), pero conservándose el contenido de los reactivos en uno y otro cuestionarios.

Tabla 2

Ejemplos de ítems en cada una de las categorías que conforman el cuestionario Causas de la obesidad

	Categorías Causales	Ítems
1	Genética	Muchas niñas* son obesas porque sus padres también son obesos.
2	Ejercicio	Parece que a muchos niños* obesos no les gusta hacer ejercicio.
3	Comida	Las niñas se vuelven obesas porque comen demasiada comida grasosa.
4	Personalidad	Una razón importante para volverse obeso es ser perezoso.
6	Voluntad	Casi todas las niñas obesas podrían bajar de peso si realmente lo quisieran.

Nota: Los ítems fueron redactados utilizando el término "niña" en el caso de los cuestionarios aplicados a las mujeres y el término "niño" en el caso de los varones. Esto se decidió, principalmente, con el fin de evitar posibles sesgos en las respuestas.

b) Soluciones al problema de la obesidad. Con el propósito de evaluar las soluciones que los participantes creen más factibles para enfrentar el problema del sobrepeso y la obesidad, se les presentaron tres ítems que representaban alternativas diferentes. El primero de los ítems explicitaba una *Forma Pasiva (FP)* de solución, por ejemplo, la posibilidad de recibir ayuda externa: "Si lo(a)s niño(a)s obeso(a)s ingresaran a grupos de ayuda para bajar de peso, es seguro que bajarían de peso". El segundo expresaba una *Forma Activa (FA)* de solución a partir de realizar cambios en los hábitos alimentarios, por ejemplo: "Lo(a)s niño(a)s obeso(a)s podrían bajar de peso comiendo sanamente". Por último, el tercer ítem implicaba la realización de cambios en los patrones alimentarios y de actividad física a partir del *Conocimiento (CO)* sobre los daños a la salud que produce la obesidad: "Si lo(a)s niño(a)s obeso(a)s conocieran lo poco saludable que es la obesidad, harían más ejercicio y comerían más sanamente". Los ítems fueron respondidos en una escala Likert de cuatro puntos de 1 = Totalmente en desacuerdo a 4 = Totalmente de acuerdo.

Procedimiento

Se contactó con los directores de los centros educativos con el fin de explicarles el propósito de la investigación. Una vez obtenido el consentimiento informado de las autoridades se contactó con los alumnos, de quienes también se obtuvo consentimiento para participar en la investigación. Los cuestionarios se aplicaron de manera grupal en horario de tutoría para el caso de la secundaria de la Comunidad de Madrid, y en horas libres para el caso de los alumnos de la secundaria de la Ciudad de México. La duración de la aplicación en ambas escuelas fue entre 15 y 20 minutos.

Resultados

Causas de la obesidad

Primero se identificaron los estadísticos descriptivos y examinaron la asimetría y la curtosis de los ítems. Posteriormente, se sumaron los 18 ítems con el fin de obtener una puntuación total a partir de la cual analizar su distribución. Las puntuaciones obtenidas fueron de 39.00 como puntaje mínimo y de 58.00 como puntaje máximo ($M = 48.50$, $DE = 4.29$, IC al 95% [47.79, 49.21]). Los valores de la media recortada al 5% y de la mediana fueron, respectivamente, de 48.50 y de 48.00. Por último, una prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra indicó que las respuestas poseen una distribución normal, $Z = .950$, $p > .05$).

Posteriormente, se realizó un ANOVA de un factor con medidas repetidas para indagar si existían diferencias entre las medias de las seis categorías causales examinadas. El análisis mostró la existencia de esfericidad ($W = .867$, $p > .05$), por ende, $F(5, 141) = 89.978$, $p < .001$ (potencia observada = 1; $\eta^2_{\text{parcial}} = .390$). En la figura 1 se muestran las medias obtenidas en cada una de las categorías causales.

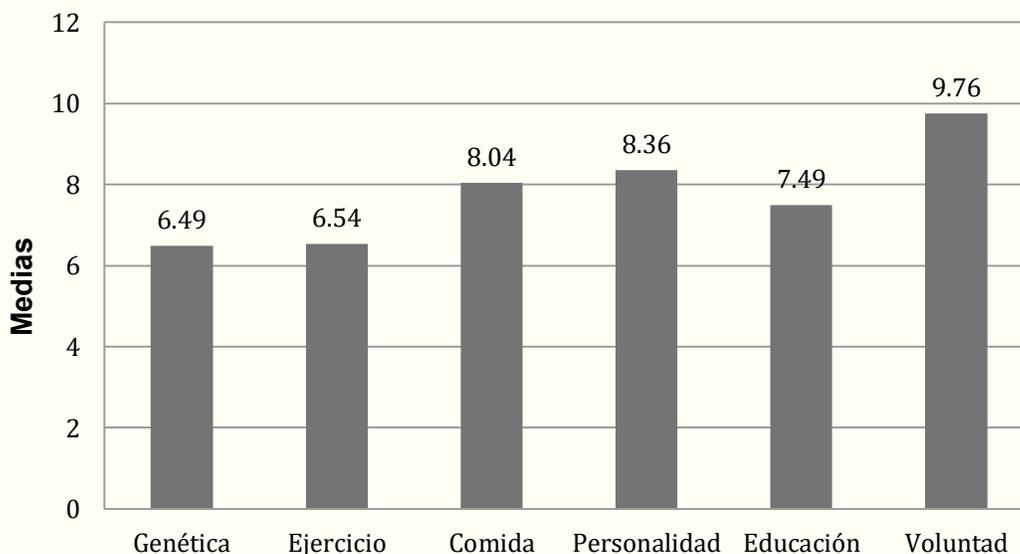


Figura 1. Medias obtenidas en cada una de las seis categorías causales

Asimismo, en la tabla 3 se muestran las comparaciones múltiples con los ajustes de Bonferroni en los pares que mostraron diferencias estadísticamente significativas. Como puede verse en la figura 1, la media del factor Voluntad puntúa significativamente más alta que la de los demás factores, en tanto que los puntajes más bajos los obtuvieron los factores Genética y Ejercicio.

Tabla 3

Comparaciones múltiples de las seis categorías causales, dos a dos, con ajuste de Bonferroni

(I) Categorías Causales	(J) Categorías Causales	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	IC 95%	
					LI	LS
1 Gen	2 Eje	-.056	.171	1.00	-.567	.454
	3 Com	-1.556*	.180	.000	-2.094	-1.019
	4 Per	-1.873*	.184	.000	-2.422	-1.325
	5 Edu	-1.451*	.180	.000	-1.988	-.913
	6 Vol	-3.268*	.202	.000	-3.870	-2.665
	2 Eje	3 Com	-1.500*	.153	.000	-1.958
2 Eje	4 Per	-1.817*	.183	.000	-2.363	-1.271
	5 Edu	-1.394*	.186	.000	-1.951	-.838
	6 Vol	-3.211*	.178	.000	-3.744	-2.678
	3 Com	4 Per	-.317	.183	1.000	-.863
3 Com	5 Edu	.106	.186	1.000	-.448	.660
	6 Vol	-1.711*	.178	.000	-2.242	-1.180
	4 Per	5 Edu	.423	.181	.310	-.117
4 Per	6 Vol	-1.394*	.183	.000	-1.941	-.848
	5 Edu	6 Vol	-1.817*	.206	.000	-2.431

Nota: Sig.b = Ajuste de Bonferroni para comparaciones múltiples; IC = Intervalo de Confianza; LI = Límite Inferior; LS = Límite Superior. Categorías causales: 1 = Genética; 2 = Ejercicio; 3 = Comida; 4 = Personalidad; 5 = Educación; 6 = Voluntad. * $p < .05$

Se realizó una prueba ANOVA de 2 (nacionalidad) x 2 (grado) x 2 (sexo) para indagar las respuestas dadas por los participantes en cada una de las seis categorías causales. Se encontró que únicamente existen diferencias entre las respuestas de los participantes mexicanos y españoles en la categoría causal Comida, $F(1,142) = 13.154$, $p < .001$. Específicamente, el dato indica que los estudiantes mexicanos ($M = 8.47$, $DE = 1.50$) le dan mayor peso al factor **Comida** (cantidad y tipo) como causa de la obesidad que los estudiantes españoles ($M = 7.61$, $DE = 1.41$). De la misma manera, en la categoría causal Comida, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas de mujeres ($M = 7.83$, $DE = 1.59$) y de hombre ($M = 8.24$, $DE = 1.42$), $F(1,142) = 4.990$, $p = .027$. Por otra parte, también se encontró que la interacción nacionalidad x grado es estadísticamente significativa únicamente en la categoría causal Comida, $F(1,142) = 4.888$, $p < .029$. Dicha diferencia se da entre los participantes mexicanos y españoles del tercer grado, no así entre los del segundo grado. Asimismo, como se observa en la figura 2, existe una mayor diferencia entre las medias de los participantes españoles de los dos grados escolares que entre las medias de los participantes mexicanos.



Figura 2. Interacción entre las variables nacionalidad y grado escolar en la categoría causal Comida

Posteriormente, se agruparon los 18 ítems que componían las seis categorías causales en dos conjuntos; a saber, aquellos que piensan que los individuos son no-responsables de su condición, compuesto por siete ítems (verbigracia: “Generalmente, los niños obesos tienen enfermedades que los volvieron obesos”; “Muchos niños obesos aprendieron malos hábitos alimentarios de sus padres”). Y aquellos que, por el contrario, asumen que son responsables, compuesto por 11 ítems (v. gr., “Los niños que son obesos lo son porque comen más que los niños delgados”; “Una razón importante para volverse obeso es ser perezoso”). Dado que el número de ítems fue distinto en cada uno de los conjuntos, se obtuvo el promedio de cada uno de ellos con el fin de poder comparar las medias. Una prueba *t* para muestras relacionadas indicó la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las medias de **Responsable** ($M = 2.82$, $DE = .289$) y **No-Responsable** ($M = 2.29$, $DE = .379$), $t(141) = -13.740$, $p < .001$, en otras palabras, los participantes tienden a asumir que los individuos obesos son responsables de su condición.

Un examen de las medias obtenidas por los estudiantes mexicanos y españoles en la atribución **No-Responsable** no indicó diferencias

estadísticamente significativas (p -valor $> .05$) entre ellas, mientras que en el caso de la atribución **Responsable** sí se encontraron, aunque limítrofe, diferencias entre las medias de estudiantes mexicanos ($M = 2.87$, $DE = .261$) y españoles ($M = 2.77$, $DE = .310$), $t(140) = 1.941$, $p = .054$, siendo que los estudiantes mexicanos atribuyen mayor responsabilidad a los individuos obesos que los estudiantes españoles. Con todo, dichas diferencias se dan únicamente entre los estudiantes del tercer grado, $t(75) = 2.243$, $p = .028$. Es decir, los estudiantes mexicanos ($M = 2.88$, $DE = .282$) de este grado tienden a responsabilizar a las personas obesas en mayor medida que los estudiantes españoles ($M = 2.73$, $DE = .315$). Por su parte, es interesante observar que en el segundo grado, los estudiantes tanto españoles ($M = 2.83$, $DE = .299$) como mexicanos ($M = 2.85$, $DE = .238$) tienden a asignar igual responsabilidad a las personas obesas de su condición. Por otra parte, el contraste de las respuestas a la atribución Responsable por la variable sexo no mostró diferencias estadísticamente significativas (p -valor $> .05$) entre hombres ($M = 2.78$, $DE = .351$) y mujeres ($M = 2.79$, $DE = .351$). Es decir, hombres y mujeres, sean de segundo o tercer grados, responsabilizan a las personas obesas en la misma proporción.

Soluciones al problema de la obesidad

Se realizó un ANOVA de un factor con medidas repetidas para indagar si existían diferencias entre las medias de las tres soluciones examinadas. El análisis no mostró esfericidad ($W = .957$, $p < .05$) por lo que se reporta el criterio de Greenhouse-Geisser, $F(1.917, 270.320) = 7.433$, $p < .001$ (potencia observada = .940; η^2 parcial = .050). Comparaciones múltiples con el ajuste de Bonferroni mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$) entre FP y FA y entre FA y CO pero no entre FP y CO (ver Figura 3).

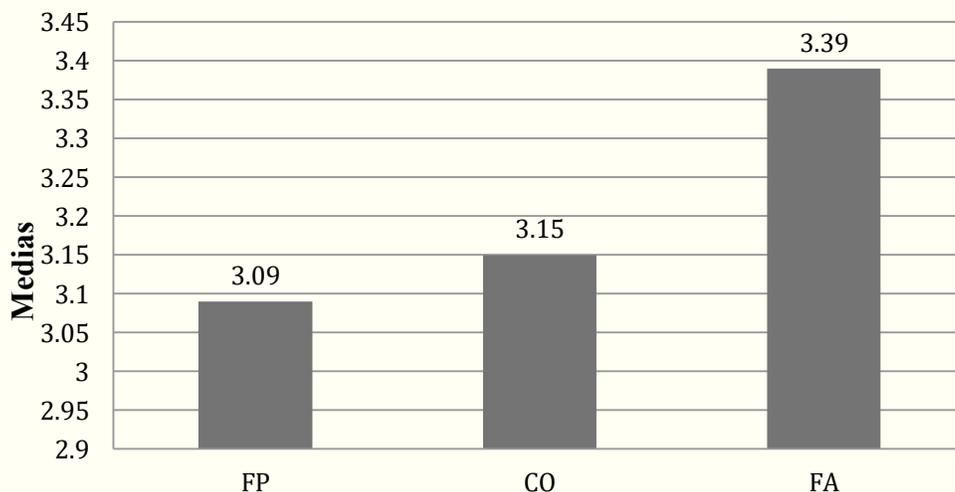


Figura 3. Medias obtenidas en cada una de las soluciones dadas al problema de obesidad.

Es decir, los participantes están más de acuerdo en que una *Forma Activa (FA)*, a partir de realizar cambios en los hábitos alimentarios, por ejemplo: “Lo(a)s

niño(a)s obeso(a)s podrían bajar de peso comiendo sanamente”, es la mejor solución al problema de la obesidad. En otras palabras, mientras que el 91.5% de los participantes dijo estar de acuerdo con la solución que implica la *Forma Activa*, solo el 82.4% eligió la *Forma Pasiva*: “Si lo(a)s niño(a)s obeso(a)s ingresaran a grupos de ayuda para bajar de peso, es seguro que bajarían de peso”. Esto parece indicar que son más importantes los aspectos relacionados con los hábitos alimentarios (tanto cantidad como tipo) que la ayuda externa que se le pueda brindar al individuo obeso. De manera relevante, únicamente el 78.2% consideró el impacto que tiene el *Conocimiento* sobre el daño que produce en la salud la obesidad: “Si lo(a)s niño(a)s obeso(a)s conocieran lo poco saludable que es la obesidad, harían más ejercicio y comerían más sanamente”.

Una prueba ANOVA de 2 (nacionalidad) x 2 (grado) x 2 (sexo) mostró que únicamente existen diferencias en la variable nacionalidad en **FA**, $F(1,141) = 6.198$, $p = .014$. A saber, las medias de estudiantes mexicanos ($M = 3.55$, $DE = .604$) y españoles ($M = 3.24$, $DE = .765$) indican que los primeros están más de acuerdo que los segundos en que comer sanamente es la solución a la obesidad. Asimismo, se encontró un efecto (aunque limítrofe) en la interacción nacionalidad por grado en **FP**, $F(1,141) = 3.882$, $p = .051$ (ver Figura 4).

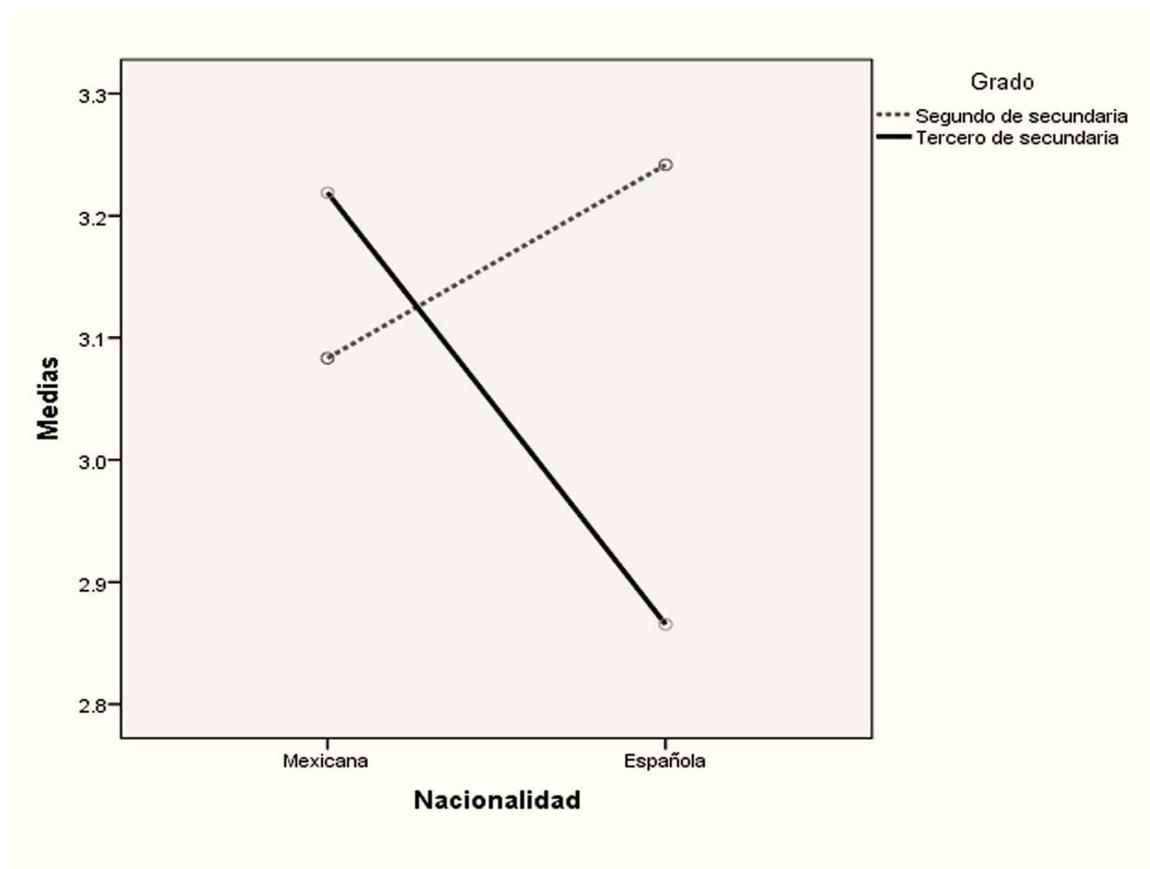


Figura 4. Interacción nacionalidad por grado en la solución Forma Pasiva

Es decir, los participantes mexicanos del tercer grado están más de acuerdo que sus contrapartes españoles en que la ayuda que podría recibir una persona obesa es una buena solución al problema de la obesidad.

Por otra parte, dicho análisis no mostró la existencia de diferencias estadísticamente significativas en las respuestas dadas por hombres y mujeres ni entre las respuestas de los estudiantes del segundo y tercer grados.

Discusión y conclusiones

De acuerdo con algunos autores (Allison et al., 1991), las creencias sobre las causas de la obesidad que tienen las personas se encuentran muy relacionadas con las actitudes que guardan hacia los individuos obesos. Quizás por ello, como lo señalan Daníelsdóttir et al. (2010), a pesar de la evidencia que el aumento de peso es producto de una compleja interacción de factores biológicos y ambientales, la tendencia de las personas es pensar que el sobrepeso y la obesidad es controlable por el individuo a través de la dieta y la actividad física y, en consecuencia, se tiende a responsabilizar a las personas obesas de su condición.

Los datos que hemos obtenido en este estudio señalan que los participantes, con independencia de la nacionalidad, el sexo y el grado académico, tienden a considerar que las causas más relevantes del sobrepeso y la obesidad están relacionadas con aspectos que son inherentes a los individuos: carecer de voluntad (por ejemplo, "Si las niñas obesas tuvieran más fuerza de voluntad, serían capaces de comer menos") o *ser* de cierta forma (por ejemplo, "Los niños obesos siguen comiendo incluso cuando ya están llenos"); a saber, las categorías causales Voluntad y Personalidad, respectivamente. Si consideramos lo señalado por algunos autores (Daníelsdóttir et al., 2010; Hilbert et al., 2007; Sikorski et al., 2007) respecto de que la tendencia de las personas es pensar que el sobrepeso y la obesidad son controlables por el individuo a través de la dieta y la actividad física, parecería que existe cierta contradicción entre esas aseveraciones y nuestros datos. Cuanto más que la categoría Comida y Ejercicio fueron considerados por los participantes de este estudio en los lugares tercero y quinto, respectivamente. No obstante, es factible pensar que esto es así como consecuencia de que los estudiantes examinados, tanto españoles como mexicanos, consideran que el "control" que un individuo podría tener sobre sus hábitos alimentarios y actividad física es secundario si se compara con lo que es realmente importante, a saber: lo esencial para tener "control" es la *voluntad*. En otras palabras, los cambios en los hábitos alimentarios y de actividad física dependen de tener la voluntad para hacerlos.

Asimismo, la relevancia dada a las categorías causales Voluntad y Personalidad, quizás se derive de la idea que la causa de la obesidad radica en el individuo y, por ende, asuman que los individuos obesos son responsables de su condición. En este sentido, parece lógico que aquellos factores causales que implican la *no-responsabilidad* del individuo, como la Genética o la Educación familiar, hayan tenido tan poco peso en la determinación de la obesidad. Más bien, lo que se observa en el presente estudio, de manera similar a los resultados

encontrados en otras investigaciones (Anesbury & Tiggemann, 2000; Crandall, 1994; Daniëlsdóttir et al., 2010; Musher-Eizenman et al., 2004), es que la mayoría de los participantes tienden a atribuirles responsabilidad a los individuos obesos por su condición. A saber, parecería que la atribución de la responsabilidad se presenta de manera concomitante con una categoría causal específica, la voluntad y, en consecuencia, la asignación de causas de la obesidad queda sesgada por la atribución de responsabilidad y controlabilidad de la obesidad.

En conclusión, si bien la mayoría de los participantes examinados en este estudio tendieron a atribuirles responsabilidad a los individuos obesos por su condición, y fueron los estudiantes mexicanos, específicamente los del tercer grado quienes lo hicieron en mayor medida, en sentido estricto, lo que llama la atención es precisamente que con independencia de la nacionalidad, sexo o grado escolar, el grueso de la muestra total ($N = 142$) cree que los individuos obesos son responsables de su condición. Y, por ende, podría decirse que la asignación de causas de la obesidad se encuentra sesgada por la atribución de la responsabilidad. Futuros trabajos deberán de estudiar más detenidamente este hecho y probar si un aumento en el conocimiento de la etiología y determinantes multifactoriales de la obesidad logran un cambio en las creencias de los estudiantes de educación básica acerca de las causas y, en ese caso, cambiar la tendencia de culpar a los individuos obesos por su condición.

Referencias

- Allison, D. B., Basile, V. C., & Yaker, H. E. (1991). The measurement of attitudes toward and beliefs about obese persons. *International Journal of Eating Disorders, 10*(5), 599-607.
- Anesbury, T., & Tiggemann, M. (2000). An attempt to reduce negative stereotyping of obesity in children by changing controllability beliefs. *Health Education Research, 15*, 145-152.
- Babooram, M., Mullan, B. A., & Sharpe, L. (2011). Children's perceptions of obesity as explained by the common sense model of illness representation. *British Food Journal, 113*(2), 234-247.
- Bell, S. K., & Morgan, S. B. (2000). Children's attitudes and behavioral intentions toward a peer presented as obese: Does a medical explanation for the obesity make a difference? *Journal of Pediatric Psychology, 25*(3), 137-145.
- Brown, I., Stride, C., Psarou, A., Brewins, L., & Thompson, J. (2007). Management of obesity in primary care: nurses' practices, beliefs and attitudes. *Journal of Advanced Nursing, 59*(4), 329-341.
- Caroli, M., & Lagravinese, D. (2002). Prevention of obesity. *Nutrition Research, 22*, 221-226.
- Crandall, C. S. (1994). Prejudice against fat people: ideology and self-interest. *Journal of Personality and Social Psychology, 66*(5), 882-894.
- Daniëlsdóttir, S., O'Brien, K., & Ciao, A. (2010). Anti-fat prejudice reduction: a review of published studies. *Obesity Facts, 3*, 47-58. doi: 10.1159/000277067
- Fielden, A. L., Sillence, E., & Little, L. (2011). Children's understandings' of obesity, a thematic analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 6*(3). doi: 10.3402/qhw.v6i3.7170.

- Hardus, P.M., van Vuuren, C.L., Crawford, D., & Worsley, A. (2003). Public perceptions of the causes and prevention of obesity among primary school children. *International Journal of Obesity*, 27, 1465-1571.
- Hilbert, A., Rief, W., & Braehler, E. (2007). Problem identification and attitudes towards obesity prevention: A representative survey investigation. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 57, 242-247
- Hoppé, R., & Ogden, J. (1997). Practice nurses' beliefs about obesity and weight related interventions in primary care. *International Journal of Obesity*, 21, 141-146.
- Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (INEE) (2013). *México en PISA 2012*. Recuperado de http://www.sems.gob.mx/work/models/sems/Resource/11149/1/images/Mexico_PISA_2012_Informe.pdf
- Jiménez-Cruz, A., Castellón-Zaragoza, A. M., García-Gallardo, J. L., Bacardí-Gascón, M., & Hovell, M. F. (2008). Strong beliefs on personal responsibilities and negative attitudes towards the child with obesity among teachers and parents. *Revista Biomédica*, 19(2), 84-91.
- Johnson, S. R., Schonfeld, D. J., Siegel, D., Krasnovsky, F. M., Boyce, J. C., Saliba, P. A., ... & Perrin, E. C. (1994). What do minority elementary students understand about the causes of acquired immunodeficiency syndrome, colds, and obesity? *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15(4), 239-247.
- Klaczynski, P., Goold, K., & Mudry, J. (2004). Culture, obesity stereotypes, self-esteem, and the "thin ideal": A social identity perspective. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(4), 307-317.
- Lewis, R. J., Cash, T. F., Jacobi, L. & Bubb-Lewis, C. (1997). Prejudice toward fat people: The development and validation of the Antifat Attitudes Test. *Obesity Research*, 5 (4), 297-307.
- Malterud, K., & Ulriksen, K. (2011). Obesity, stigma, and responsibility in health care: A synthesis of qualitative studies. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 6(4). doi: 10.3402/qhw.v6i4.8404
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (2013). *PISA 2012. Programa para la Evaluación Internacional de los Alumnos. Informe Español. Volumen 1: Resultados y Contexto*. Recuperado de <http://www.mecd.gob.es/dctm/inee/internacional/pisa2012/pisa2012lineavolumeni.pdf?documentId=0901e72b81786310>.
- Musher-Eizenman, D.R., Holub, S.C., Miller, A.B., Goldstein, S.E., & Edwards-Leeper, L. (2004). Body size stigmatization in preschool children: The role of control attributions. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(8), 613-620. doi: 10.1093/jpepsy/jsh063.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Harris, T. (1999). Beliefs and attitudes about obesity among teachers and school health care providers working with adolescents. *Journal of Nutrition Education*, 31(1), 3-9.
- Núñez, H. (2007). Las creencias sobre la obesidad de estudiantes de la educación general básica. *Revista Educación*, 31(1), 145-164.
- Ogden, J., & Flanagan, Z. (2008). Beliefs about the causes and solutions to obesity: A comparison of GPs and lay people. *Patient Education and Counseling*, 71, 72-78.
- Puhl, R., & Latner, J. D. (2007). Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychological Bulletin*, 133(4), 557-580.
- Ribas Filho, D., David, I., Sakaue, L. K., Dias, R. C., Teixeira, M. A., Santos, D. D., ... & Ribas, M. G. (2009). Avaliação do grau de estigmatização de obesos em população infanto-juvenil de escolas públicas de um município do Estado de São Paulo. *Rev Soc Bras. Clín Méd*, 7(6), 373-378.

- Richardson, S. A., Goodman, N., Hastorf, A. H., & Dornbusch, S. M. (1961). Cultural uniformity in reaction to physical disabilities. *American Sociological Review*, 26(2), 241-247.
- Romero, M. G., & Marini, I. (2006). Obesity as a disability: Medical, psychological and vocational implications. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 37(1), 21-29.
- Sikorski, C., Luppá, M., Kaiser, M., Glaesmer, H., Schomerus, G., Köning, H-H., & Riedel-Heller, S. G. (2011). The stigma of obesity in the general public and its implications for public health. A systematic review. *BMC Public Health*, 11:661. doi: 10.1186/1471-2458-11-661.
- Staffieri, J. R. (1967). A study of social stereotype of body image in children. *Journal of Personality and Social Psychology*, 7(1), 101-104.
- Teachman, B. A., & Brownell, K. D. (2001). Implicit anti-fat bias among health professionals: is anyone immune? *International Journal of Obesity*, 25, 1525-1531.
- Warschburger, P. (2005). The unhappy obese child. *International Journal of Obesity*, 29, S127-S129.
- World Health Organization (2004). *Global strategy on diet, physical activity and health*. Recuperado de http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf.