



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

División de Estudios Profesionales

Las ideas de los niños sobre las causas de la obesidad

TESIS

Que para obtener el título de
Licenciada en Psicología

P R E S E N T A:

Luisa Ambrosio Luz

Director: Dr. Rigoberto León Sánchez
Revisora: Dra. Kirareset Barrera García
Jurado: Mtro. Jorge Orlando Molina Avilés
Jurado: Dr. Germán Álvarez Díaz de León
Jurado: Dra. Zuraya Monroy Nasr

Investigación realizada gracias al Programa UNAM-DGAPA-PAPIIT "IN402515".



Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A Ofelia Luz Velázquez, mi mamá.

La mujer más admirable que he conocido, la que más amor puede compartir, mi apoyo incondicional y lo mejor que me pudo haber pasado. Gracias por ayudarme a ser quien soy, por hacerme una mejor persona, y porque tus enseñanzas y amor perduran a pesar de que ya no estás presente.

*A Luisa, Juana, Guadalupe, Paulina y Fernando, mi familia.
Son lo más valioso que tengo, los quiero con todo mi ser y agradezco su apoyo incondicional, confianza y amor brindado cada uno de los días. Sin ustedes nada de esto sería posible.*

*A Jorge
Por estar conmigo en los días bueno y malos, por hacerme sonreír y animarme a seguir, así como por todo lo que hemos compartido.*

*Sigo cruzando ríos, Andando selvas, Amando el sol
Cada día sigo sacando espinas de lo profundo del corazón
En la noche sigo encendiendo sueños
Para limpiar con el humo sagrado cada recuerdo*

*Yo te llevo dentro, hasta la raíz
Y por más que crezca, vas a estar aquí
Aunque yo me oculte tras la montaña
Y encuentre un campo lleno de caña
No habrá manera, mi rayo de luna, que tú te vayas
(Natalia Lafourcade)*

*Quiero que siempre recuerdes
Lo que dijimos un día
Que cada vez que te ríes
Río contigo mi amor*

*Y no nos encontraremos
Pues siempre estuve a tu lado
Siempre aunque me vaya antes
Es un milagro de amor
(Jaime Roos)*

Agradecimientos

A la *Universidad Nacional Autónoma de México* y a la *Facultad de Psicología*.

Al apoyo otorgado gracias al *Programa UNAM-DGAPA-PAPIIT "IN402515"*.

Al *Dr. Rigoberto León Sánchez*, por su paciencia, dedicación y conocimientos aportados, en la realización de este proyecto.

A mis sinodales, por sus comentarios y tiempo invertido en la revisión del presente trabajo.

A la *Dra. Elena Calderón*, una excelente persona, gracias por creer en mí y motivarme a seguir en el camino de la investigación, así como por la orientación y apoyo recibido en mi formación profesional.

A las escuelas *Profesor Daniel Delgadillo* y *Constitución de Apatzingán*, por su amable recibimiento y participación.

A las maravillosas personas y excelentes profesionistas que la facultad me ha dado la oportunidad de conocer, los quiero y admiro mucho: *Alexis, Iraze, May, Ale, Amairani, Luz y Edith*

A *Saraí* por todo lo que hemos compartido desde el primer día que nos conocimos, gracias por dejarme aprender tanto de ti y estar para mí, te quiero mucho.

A *Raquel*, mi cómplice en tantas experiencias compartidas desde hace ya algunos años. Gracias por las pláticas motivadoras, las bromas, el apoyo incondicional, los conocimientos compartidos y sobre todo por el cariño. Eres una persona excepcional en todos los sentidos.

A *Paulina*, porque a pesar de no siempre estar de acuerdo, sé que estaremos la una para la otra, por hacerme sentir querida, preocuparte por mí, apoyarme en mis decisiones y sobre todo por creer en mí.

A *Ángel*, un hombre ejemplar, quien toma prestadas tus ideas, te hace discutirlos y después te las devuelve más completas. Gracias por todo el apoyo y cariño.

A toda mi familia, por estar siempre presentes y por su amor.

ÍNDICE

	Página
Introducción.....	5
CAPÍTULO I	
Teorías intuitivas y concepción de enfermedad	
1.1 Teorías intuitivas.....	6
1.2 Concepción de los niños sobre la enfermedad.....	8
CAPÍTULO II	
Obesidad infantil	
2.1 Definición de obesidad.....	11
2.2 Causas de la obesidad.....	11
2.2.1 Factores dietéticos.....	12
2.2.2 Factores de actividad física.....	13
2.2.3 Factores ambientales y sociales.....	13
2.2.4 Factores genéticos.....	15
2.3 Consecuencias de la obesidad.....	16
2.4 Tratamiento de la obesidad.....	17
2.5 Prevalencia y costos de la obesidad en México.....	18
2.6 Estrategias del gobierno mexicano para combatir la obesidad.....	19
2.7 Programas escolares para prevenir la obesidad.....	20
CAPÍTULO III	
Ideas acerca de la obesidad	
3.1 Ideas de los adultos sobre la obesidad.....	23
3.1.1 Percepción de los padres del peso corporal de sus hijos.....	24
3.2 Ideas de los profesionales de la salud y docentes sobre la obesidad.....	25
3.3 Ideas de los niños sobre la obesidad.....	26
3.3.1 Atribución de características negativas hacia los niños obesos...	27

CAPÍTULO IV

Las ideas de los niños sobre las causas de la obesidad

4.1	Planteamiento del problema.....	29
4.2	Objetivos específicos.....	29
4.3	Hipótesis.....	30
4.3	Estudios propuestos.....	30
4.4	ESTUDIO 1.....	30
	4.4.1 Método.....	30
	4.4.2 Resultados.....	33
	4.4.3 Discusión.....	42
4.5	ESTUDIO 2.....	43
	4.5.1 Método.....	43
	4.5.2 Resultados.....	46
	4.5.3 Discusión.....	54
4.6	ESTUDIO 3.....	55
	4.6.1 Método.....	55
	4.6.2 Resultados.....	59
	4.6.3 Discusión.....	67

CAPÍTULO V

	Discusión y conclusiones.....	69
	Referencias.....	71
	Anexos.....	84

INTRODUCCIÓN

Las personas construyen teorías intuitivas que les permiten representar y actuar en el mundo que las rodea. Considerar las teorías relacionadas con las enfermedades es fundamental ya que guiarán las acciones de las personas para identificarlas y tratarlas. Por lo tanto, el presente trabajo examina las ideas que tiene los niños sobre las causas de la obesidad, haciendo una revisión de acuerdo a la literatura, sobre las características de la obesidad, algunas estrategias o programas que se han implementado en México para combatir esta problemática, así como sobre las ideas de los padres de familia, los profesionales de la salud y de los niños sobre la obesidad y las personas que la padecen.

Se realizó una entrevista semi-estructurada con niños de primaria, para explorar su concepción de la obesidad y si la consideraban como una enfermedad. A partir de estas respuestas se elaboró un cuestionario que indagó la preferencia de los niños sobre alguna de las posibles causas de la obesidad, la atribución de características negativas o positivas a los niños obesos y la consideración de la obesidad como una enfermedad.

Las respuestas de los niños permitieron conocer que prefieren las causas que están bajo el control del sujeto, como los factores de alimentación, ejercicio y voluntad, en comparación con las causas que no son controlables por el sujeto como factores genéticos, ambientales o la educación recibida en casa, para explicar la obesidad. Sin embargo, a pesar de considerar la obesidad como una condición controlable por el sujeto que la padece, atribuyeron en su mayoría características positivas a los niños con obesidad. Por otra parte, más de la mitad de los niños parece considerar la obesidad como enfermedad, aunque existe confusión con respecto a si es una enfermedad o provoca enfermedades.

Las estrategias o programas implementados para tratar la obesidad infantil deberán considerar las opiniones de las personas involucradas en sus propuestas, para que estas puedan estar más apegadas al contexto cotidiano de los participantes y ser implementadas de mejor manera.

CAPÍTULO I

Teorías intuitivas y concepción de enfermedad

1.1 Teorías intuitivas

Las personas constantemente buscan explicaciones que les permitan darle sentido a los hechos que experimentan a diario, así como realizar predicciones o resolver contradicciones de los mismos (Keil & Wilson, 2000). Por su parte Murphy y Medin (1985), se refieren a estas explicaciones utilizando el término de “teorías”, las cuales se podrían definir como estructuras mentales complejas que conforman un dominio de fenómenos representados mentalmente y de principios explicativos que dan razón de ellos (Carey, 1991). Estas teorías, incluyen un conjunto de creencias interconectadas, explicaciones causales y predicciones (Gelman, 1996).

Sin embargo, cuando se dice que los individuos elaboran teorías acerca del mundo circundante (Carey, 1985; Gelman & Wellman, 1999; Keil, Levin, Richman & Guthiel, 1999; Smith & Thelen, 2003; Spelke, 1998), ello no significa que sus teorías sean de la misma clase que las que elaboran los científicos. Estas teorías intuitivas, también conocidas como teorías ingenuas, teorías populares, teorías del sentido común o teorías de la vida cotidiana (León-Sánchez & Barrera, 2009; López, 1996), difieren de las científicas debido a que no son tan detalladas, ni formuladas explícitamente o probadas directamente (Gelman, 1996), más bien son el resultado de una mente o sistema cognitivo que intenta dar sentido a un mundo definido (Pozo & Gómez, 2000).

Las teorías intuitivas son representaciones personales que tienen un origen individual por ser construidas a partir de las experiencias de los sujetos, y un origen cultural al ser influenciadas por las creencias y prácticas de la propia cultura (Rodrigo, Rodríguez & Marrero, 1993).

El propósito de estas teorías consiste en proporcionar a los individuos mecanismos explicativos, que les permitan actuar de forma coherente al establecer regularidades o relaciones causales entre los distintos elementos de los fenómenos cotidianos, logrando a su vez que su entorno sea más predecible y controlable, evitando concebirlo en constante cambio (Keil, 2006; Pozo & Gómez, 2000). Asimismo, son guías que ayudan en la

planificación y toma de decisiones, convirtiendo a las personas en agentes activos y propositivos para transformar su ambiente (Rodrigo, 1997; Rodrigo & Correa, 1999; Rodrigo, et al., 1993).

No obstante, los sujetos no tienen acceso directo a sus teorías intuitivas, por lo que no son conscientes de ellas y desconocen en gran medida su funcionamiento (Pozo, 2014). Lo anterior contribuye a que estas teorías puedan persistir a lo largo de las edades y ser resistentes al cambio (Pozo & Carretero, 1987, como se cita en Benlloch, 1997).

Por otra parte, la complejidad de los fenómenos que se viven a diario puede conducir a los individuos a construir teorías intuitivas incompletas o erróneas, a pesar de ello, las teorías intuitivas proporcionan marcos eficaces que dan cuenta de las generalidades de los sucesos cotidianos (Keil, 2006; Keil & Silberstein, 1996; Murphy 2000). Además, es importante destacar que para las personas estas teorías intuitivas conllevan un valor de verdad, lo que contribuye a que desconozcan sus fallas y creen que ofrecen explicaciones completas (Rozenblit & Keil, 2002).

Algunos autores (Gómez & Pozo, 2001; Pozo & Rodrigo, 2001; Pozo & Scheuer, 1999) han designado a estas teorías de la vida cotidiana con el término de “teorías implícitas” (véase también Dienes & Perner, 1999) y, asimismo, han asumido que éstas son el resultado de aprendizajes de naturaleza asociativa, dependientes del contexto y cuyos contenidos se refieren a aspectos superficiales o básicos del dominio que representan. En otras palabras, las teorías implícitas se caracterizan por apoyarse en la apariencia de los objetos (realismo ingenuo) y por centrarse en los estados más que en los procesos (véase Wandersee, Mintzes & Novak, 1994).

Con base en lo anterior, podríamos asumir que, si la tendencia de los seres humanos es construir teorías sobre los fenómenos del mundo, entonces sería esperable que ellos lleguen también a estructurar teorías para explicar la enfermedad. Estas teorías intuitivas sobre la enfermedad guiarán la toma de decisiones relacionadas con la salud, al estar involucradas en la identificación e interpretación de síntomas, búsqueda de tratamiento y recuperación de la salud (López, 1996).

1.2 Concepción de los niños sobre la enfermedad

Existe evidencia que sugiere que los niños construyen teorías intuitivas acerca de fenómenos correspondientes a la biología, la psicología y la física (Carey, 1985; Gelman, 1996; Spelke, 1998; Wellman & Gelman, 1992), esto les permite comprender el mundo y a su vez adquirir nuevos conocimientos hasta llegar a una comprensión más profunda.

De acuerdo a Blumhagen (1980, como se cita en López, 1996), existen tres fuentes que alimentan las teorías intuitivas sobre la enfermedad: la idiosincrática, la popular y la experta. La primera de esas fuentes corresponde a la experiencia individual, basada en la percepción de las propias experiencias, implicando la percepción de los síntomas y del propio cuerpo (concepciones espontáneas). La segunda atiende al contexto familiar, la red social y las actividades comunitarias que conciben y tratan la enfermedad, por ejemplo: “el remedio de la abuela” (concepciones inducidas). Y, la tercera, corresponde al modelo médico, es decir, a la práctica institucionalizada y convenida socialmente. De esta manera, podemos asumir que las concepciones que elaboran las personas sobre la enfermedad puede ser la integración de estas fuentes, en mayor o menor medida, o bien, la prevalencia de una sobre las otras dependiendo del tipo de enfermedad representada o de si esa representación es aplicada a sí mismo o a otros (Bar, Oscherov & Milano, 2009; Campos-Navarro, Torrez & Arganis-Juárez, 2002; Fortune, Barrowclough & Lobban, 2004; Gray & Rutter, 2007; Robinson & Heritage, 2005).

Con respecto a las representaciones de los niños sobre la enfermedad, alrededor de los 6 años tienden a basarse en sus experiencias pasadas al explicar causas, consecuencias, tratamientos o brindar ejemplos de las mismas, mientras que aproximadamente a los 10 años son capaces de proporcionar explicaciones que trascienden experiencias concretas, en las que logran incorporar tanto factores fisiológicos como psicológicos (Del Barrio, 1990; Parmelee, 1986, como se cita en León-Sánchez & Barrera, 2009; Piko & Bak, 2006; Ruda, 2009). Por lo tanto, las representaciones de los niños pasan de enfocarse únicamente en los síntomas más evidentes o sobresalientes, a convertirse en explicaciones abstractas capaces de relacionar síntomas aislados, causas y consecuencias en una concepción de la enfermedad como un proceso (Del Barrio, 1990).

En relación a las causas de las enfermedades, los niños pequeños las atribuyen a no realizar cierto tipo de comportamientos o hábitos cotidianos, lo cual podría ser resultado de las explicaciones que los adultos les proporcionan a los niños para prevenir enfermedades, como abrigarse, lavarse las manos o comer frutas y verduras (Tomaya, 2016). En cambio, los niños mayores tienden a mencionar agentes causales específicos que actúan en el cuerpo o ingresan al mismo para ejercer sus efectos, entre estos agentes específicos se encuentran el proceso de contagio, una alimentación pobre o inadecuada, la falta de higiene, entre otras (Johnson et al., 1994; Ruda, 2009; Tomaya, 2016). Sin embargo, la mención de las causas depende del tipo de enfermedad al que estén haciendo referencia los niños.

Por ejemplo, en un estudio de Tomaya (2016), para enfermedades contagiosas como la gripa, independientemente de la edad, los niños mencionaban el contagio, haciendo referencia al contacto físico con el contaminante como el factor principal. Mientras que, para enfermedades no contagiosas, como la dermatitis atópica o el dolor de dientes, los niños de entre 5 a 8 años de edad, seleccionaban la alimentación como causa principal, mientras que los niños mayores de 11 años de edad, eligieron la herencia como causa.

De acuerdo a Del Barrio (1990), con respecto a las causas de las enfermedades, los niños pasan de concebir una relación causa-efecto de tipo inmediato, para después concebirla como una relación dinámica, donde la existencia de la enfermedad es el resultado de la interacción entre factores internos y externos del sujeto. De la misma forma, al hablar de la cura o control de las enfermedades, los niños en un inicio consideran que esta es automática, para luego creer que se debe al seguimiento de un conjunto de comportamientos como quedarse en cama o comer adecuadamente, posteriormente reconocen que es consecuencia de seguir las indicaciones médicas y tomar las medicinas, y por último, piensan que se debe a la interacción tanto de factores internos como externos del individuo.

Por consiguiente, las diferencias entre las concepciones de la enfermedad de los niños mayores respecto a los menores, reflejan que los mayores poseen explicaciones más sofisticadas, complejas, realistas, específicas, generalizables, abstractas, integradoras, organizadas y con un mayor número de elementos (Bibace & Walsh, 1981, como se cita en Del Barrio, 1990).

Las teorías intuitivas de los niños acerca de las enfermedades nos podrían ayudar a identificar los elementos esenciales que utilizan para asignar un fenómeno dentro de la categoría enfermedad, en específico, hacia algún subtipo de la misma, por ejemplo, contagiosa o no contagiosa y, a partir de ello, conocer las causas, consecuencias o cura que le asignan. Además de permitirnos conocer, el grado de responsabilidad que le atribuyen a la persona de acuerdo a su enfermedad, así como las acciones que se pueden llevar a cabo en la prevención de estas.

CAPÍTULO II

Obesidad infantil

2.1 Definición de obesidad

La obesidad es definida como una acumulación excesiva de grasa, la cual es perjudicial para la salud y es causada por un constante desequilibrio energético, donde la ingesta de energía supera el gasto de energía. Asimismo, se le considera como una enfermedad crónica, compleja y multifactorial que suele iniciar en la infancia o adolescencia (Acosta-Hernández, et al., 2013; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016b).

Uno de los indicadores utilizados con mayor frecuencia para identificar tanto el sobrepeso como la obesidad, es el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual representa la relación entre el peso y la talla del sujeto. Para identificar si un niño tiene sobrepeso u obesidad es necesario tener en cuenta su edad para comparar su IMC de acuerdo a los patrones de crecimiento infantil (De Onis, et al., 2007; OMS, 2016b).

2.2 Causas de la obesidad

Actualmente, no se tiene completa certeza sobre todos los mecanismos involucrados en el desarrollo de la obesidad, no obstante, la mayoría de los autores concuerda con que tiene una etiología multifactorial, en la cual influyen factores alimenticios, de actividad física, ambientales, genéticos, hormonales, metabólicos, culturales, sociales, psicológicos, entre otros (Acosta-Hernández, et al., 2013; Castro, Toledo-Rojas, Macedo-De la Concha e Inclán-Rubio, 2012; McAllister, et al., 2009; Meléndez, 2015; Mercado & Vilchis, 2013).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) propone que el desarrollo de la obesidad se debe a la interacción de factores dietéticos, de actividad física, ambientales y sociales, y genéticos.

2.2.1 Factores dietéticos

La alimentación interviene fuertemente en el balance energético al determinar la cantidad de energía que ingresa. Además de ser un factor que puede verse modificado por la influencia de elementos del ambiente que favorecen un mayor consumo de los alimentos y ganancia de peso, por ejemplo, el costo y acceso de la comida, la publicidad, las prácticas de alimentación en el hogar o en la escuela.

En general, el aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos con grandes cantidades de grasas y azúcares, carentes de vitaminas y minerales, resultan en una ganancia de energía que conduce a la obesidad. Asimismo, la presencia de grasas y azúcares produce un sabor agradable al paladar, asociándose a su vez con una sensación placentera y, por ende, promoviendo también su consumo (OMS, 2000).

En la Ciudad de México, los niños de nivel preescolar y primaria reportan que entre sus alimentos favoritos se encuentran las frutas y los alimentos con alto contenido de grasa o azúcar (pizza, helado, hamburguesa), mientras que los alimentos menos preferidos corresponden a las verduras, los alimentos de origen animal y los alimentos ricos en fibra (Campos & Reyes, 2014; Sánchez-García, Reyes-Morales & González-Unzaga, 2014). Lo anterior deja ver que los niños prefieren alimentos que propician la obesidad y rechazan aquellos que podrían prevenirla.

De igual forma, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (ENSANUT MC, 2016) muestra que alrededor del 80% de los niños con edades entre 5 y 11 años, indicaron consumir bebidas endulzadas, y más del 60% reportó consumir botanas, dulces y postres. Por otra parte, del 30% al 50% de los adultos estuvieron de acuerdo en que la falta de dinero, la falta de conocimiento y la falta de tiempo son las principales barreras para comer saludablemente.

Por consiguiente, en el factor dietético interviene la cantidad y la calidad de los alimentos, así como la influencia de factores ambientales y sociales que interactúa con ellos.

2.2.2 Factores de actividad física

El ejercicio es el otro componente principal presente en el balance energético, debido a que afecta directamente el gasto energético total, influyendo en la regulación fisiológica del peso corporal. Sin embargo, la cantidad total de energía gastada dependerá de las características de la actividad física, es decir de su intensidad, duración y frecuencia, además de las características de la persona que realice el ejercicio, por ejemplo, su tamaño corporal, su nivel de habituación o su estado físico (OMS, 2000).

Cabe destacar, que únicamente el 17.2% de los niños mexicanos entre 10 a 14 años de edad reportó realizar todos los días por lo menos 60 minutos de actividad moderada o vigorosa (ENSANUT MC, 2016). Es decir, la mayoría de los niños no hace la actividad física recomendada. En relación a las barreras percibidas por los adultos mexicanos para realizar actividad física, alrededor de la mitad de ellos estuvo de acuerdo en que la falta de tiempo, la falta de espacios adecuados y seguros, la falta de motivación y la preferencia por actividades sedentarias, les impide cumplir con las recomendaciones de actividad física (ENSANUT MC, 2016).

2.2.3 Factores ambientales y sociales

Los factores ambientales y sociales, considerados también como ambiente obesogénico (Meléndez, 2015), abarcan todas aquellas oportunidades o condiciones presentes en el medio que propicien la acumulación de grasa en el sujeto, las cuales pueden provenir o ser consecuencia de la industria alimentaria, la publicidad, la modernización o urbanización, la educación recibida en el hogar, entre otros.

La tendencia hacia la industrialización, ha hecho posible la disponibilidad y el acceso a todo tipo de alimentos, especialmente los industrializados, independientemente del lugar o la temporada. Asimismo, los alimentos industrializados y la comida rápida han disminuido sus precios en comparación con los alimentos frescos, siendo más accesibles los alimentos con mayor efecto obesogénico que los saludables (OMS, 2000; Ortega-Cortés, 2014; Secretaría de Salud, 2010). Igualmente, los alimentos industrializados reciben una

amplia difusión en los medios de comunicación, en donde promueven su consumo sin considerar su aporte nutrimental. Por lo tanto, la industrialización contribuye a la preferencia de alimentos poco saludables, accesibles, de bajo costo y con los cuales las personas están familiarizadas.

Por otra parte, los hábitos de alimentación y de actividad física han cambiado en parte a la modernización. Los niños han sustituido actividades físicas por actividades sedentarias como ver televisión, jugar videojuegos o utilizar medios electrónicos (Acosta-Hernández, et al., 2013), dejando de jugar en espacios abiertos, debido también a la escasez de entornos adecuados y seguros (Ortega-Cortés, 2014; Secretaría de Salud, 2010).

Asimismo, se debe considerar que las horas dedicadas a ver la televisión no sólo disminuyen el tiempo de actividad física de los niños, también los expone a comerciales que pueden inducirlos a consumir alimentos poco saludables (Liria, 2012). Un reporte hecho en 2008 por la Secretaría de Salud, encontró que un niño mexicano veía en promedio 61 anuncios al día, de los cuales el 42 % estaban relacionados con el consumo de alimentos que favorecían la obesidad (Ortega-Cortés, 2014). En otro estudio realizado en 2007, se descubrió que durante los programas infantiles se transmitían con mayor frecuencia comerciales de alimentos con alto contenido de azúcar, además de utilizar promociones y asociar los productos con estados de ánimo positivos para promover su consumo (Pérez-Salgado, Rivera-Márquez & Ortiz-Hernández, 2010). Además, se ha encontrado que los niños con obesidad ven un mayor número de horas la televisión, comparados con los niños con peso normal (Bacardí-Gascón, Díaz-Ramírez, Cruz, López & Jiménez-Cruz, 2013).

Con respecto a las preferencias alimentarias, estas se empiezan a definir desde la primera infancia a través de las experiencias con los distintitos tipos de alimentos, durante estas experiencias, la familia, en especial los padres, interviene de manera importante. Las características culturales y socioeconómicas de la familia influyen en los hábitos alimenticios de la misma (Anzman, Rollins & Birch, 2010; OMS, 2000).

Los padres o cuidadores proporcionan a los niños la estructura básica de relación con la comida, llevando a cabo prácticas de alimentación que les brinda información respecto al qué (tipo de alimento), cuándo (horario u ocasión) y cuánto (tamaño de porción) comer, así como al desagrado o gusto por ciertos alimentos (Liria, 2012; Vera-Villarreal, Bastías & Mena, 2004). Se debe señalar que las preferencias o comportamientos de los

niños suelen aprenderse a través de la observación de quienes los rodean, por lo tanto, los padres podrían adoptar un estilo de vida saludable que los beneficie a ellos mismos y les ayude a fomentar hábitos saludables en sus hijos (OMS, 2016b).

Al preguntarle a la población mexicana acerca de la cantidad de calorías que debían consumir, la mayoría reportó desconocerlo, al igual que las calorías que necesita consumir un niño entre los 10 y 12 años de edad con peso normal (ENSANUT MC, 2016). Esto podría reflejar en parte, la falta de conocimiento de los adultos para seguir una alimentación saludable, lo cual reportan como barrera, sin embargo, se tendría que explorar a partir de qué características se guían para alimentar a los niños.

En un estudio realizado por Brown y Ogden (2004), se encontró que la ingesta de bocadillos y las medidas de insatisfacción corporal de los padres estaban correlacionadas con las de sus hijos. Mostrando que tanto padres como hijos, compartían hábitos alimenticios y expectativas respecto a su imagen corporal. Por su parte, un estudio con madres mexicanas, encontró una relación positiva entre el tiempo que ven la televisión madres e hijos (Bacardí-Gascón, et al., 2013). Lo anterior, indica que los padres sirven como modelos de hábitos de alimentación y ejercicio para sus hijos.

Por consiguiente, se debe considerar que en el desarrollo de la obesidad contribuyen componentes indirectos, los cuales pueden estar relacionados con el acceso a alimentos poco saludables propiciado por la industria alimentaria, un estilo de vida sedentaria a consecuencia del avance de la tecnología, así como el aprendizaje de hábitos alimenticios y de ejercicio fomentado por los padres de familia.

2.2.4 Factores genéticos

Existe evidencia que sugiere que algunas personas son más susceptibles que otras a tener sobrepeso u obesidad, y que esa susceptibilidad es independiente de las condiciones ambientales (OMS, 2000). Los factores genéticos rigen la capacidad de acumular energía en forma de grasa y liberarla en forma de calor, por lo tanto, pueden facilitar o impedir estos procesos. Se ha descubierto que algunas hormonas y genes relacionados con el metabolismo favorecen la ganancia de peso, por ejemplo, la hormona leptina está involucrada en la sensación de saciedad y en las personas con obesidad se presenta una

resistencia a esta hormona, evitando o retrasando que la señal de saciedad sea recibida (Acosta-Hernández, et al., 2013).

La interacción entre genes y medio ambiente se refiere a una situación donde la respuesta a un agente ambiental está condicionada en el genotipo del individuo (Bouchard, 2009). En el caso de la obesidad infantil, esto sucede en el ambiente prenatal, el cual provoca adaptaciones fisiológicas que preparan al feto para almacenar energía y sobrevivir en entornos de escasez de alimentos. Por lo que, durante el desarrollo fetal condiciones como la malnutrición o el padecimiento de obesidad o diabetes por parte de la madre, predispone al niño a la acumulación de grasa (OMS, 2016b). Asimismo, se ha demostrado que la lactancia materna puede proteger contra la obesidad en la infancia, cuando la madre lleva una dieta variada y saludable (Anzman, et al., 2010).

El estado del peso de los padres está fuertemente asociado con el estado de peso de sus hijos hasta los 5 años de edad, y el tener obesidad en la infancia aumenta el riesgo de padecerla en la edad adulta (Bouchard, 2009). Sin embargo, es difícil diferenciar entre la herencia y las costumbres alimentarias de las familias (Salazar, Salazar & Pérez, 2013). Por consiguiente, el riesgo de padecer obesidad puede pasarse de una generación a la siguiente, como consecuencia tanto de factores conductuales como genéticos (OMS, 2016b).

2.3 Consecuencias de la obesidad

La acumulación de grasa presente en la obesidad, compromete el funcionamiento de la mayoría de los órganos del cuerpo, favoreciendo la aparición de diversas enfermedades. Además de traer consigo problemas psicosociales, que afectan la calidad de vida de quién la padece.

En la edad adulta, la obesidad genera problemas de salud debilitantes como dificultades respiratorias, problemas musculoesqueléticos crónicos, problemas de la piel e infertilidad, así como problemas de salud crónicos y de mayor riesgo correspondientes a enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, y algunos tipos de cánceres relacionados con hormonas o con el intestino grueso (OMS, 2000). Es esencial destacar, que la obesidad es el principal factor de riesgo que puede ser modificable para evitar el desarrollo de las enfermedades crónicas antes mencionadas.

Con respecto a los niños y adolescentes, la obesidad provoca problemas de salud referentes a complicaciones ortopédicas y apnea del sueño, además de aumentar el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus y alteraciones hepático-gastrointestinales (OMS, 2000). Sin embargo, la consecuencia más importante de la obesidad infantil es su persistencia en la edad adulta por las enfermedades previamente mencionadas, a la vez de incrementar la probabilidad de muerte prematura (Dávila-Torres, González-Izquierdo & Barrera-Cruz, 2015).

Aparte de los problemas de salud, la obesidad conlleva consecuencias psicosociales, debido a que quienes la padecen sufren de discriminación, burlas, baja autoestima y depresión (Liria, 2012). En una investigación de Ogden y Clementi (2010), los pacientes con obesidad describieron que el ser obesos había tenido un impacto negativo en cómo se percibían a sí mismos, además de sentirse discriminados, avergonzados, deprimidos y culpables. De igual forma, los adolescentes con obesidad presentan niveles bajos de autoestima asociados a la tristeza, soledad, ansiedad y conductas de riesgo (Ebbelling, Pawlak & Ludwig, 2002). Igualmente, en estudios de casos de niños con obesidad, se ha identificado que padecen de trastornos depresivos, ansiedad, insatisfacción con su imagen corporal y baja autoestima (Mercado & Vilches, 2013).

Tanto niños como adolescentes con obesidad reportan una baja calidad de vida, sintiéndose limitados física y socialmente (Liria, 2012). Por su parte, los padres con hijos obesos, perciben a sus hijos con una calidad de vida menor en comparación con los padres con hijos de peso normal (Pinhas-Hamiel, et al., 2006).

Se deben buscar los medios para tratar eficazmente la problemática relacionada con la obesidad, de lo contrario, las siguientes generaciones podrían ver una disminución en su esperanza de vida y un deterioro en la calidad de la misma (Castro, et al., 2012).

2.4 Tratamiento de la obesidad

Un tratamiento adecuado para la obesidad debe basarse en un enfoque integral que involucre tanto aspectos nutricionales como de actividad física y psicológicos. A lo largo del mismo, es importante contar con la supervisión de un equipo de profesionales de la salud, conformado por médicos, nutriólogos, psicólogos y entrenadores. Asimismo, se ha

visto que la información personalizada y el seguimiento intensivo por parte del equipo de los profesionales hacia el paciente, favorece la adhesión al tratamiento (Durá, 2006). Además, se debe buscar la participación de la familia y amigos, con el fin de que ayuden a generar hábitos sanos (Gómez & Marcos, 2006), ya que el mantener el peso perdido requerirá de seguir un estilo de vida saludable.

En ocasiones, cuando la dieta y el ejercicio no son suficientes, el tratamiento puede incluir fármacos o conllevar una cirugía bariátrica, de acuerdo con el grado de obesidad del paciente (Acosta-Hernández, et al., 2013).

2.5 Prevalencia y costos de la obesidad en México

México es uno de los países en los cuales, el aumento del sobrepeso y obesidad se presentó con gran velocidad (Ortega-Cortés, 2014). De acuerdo a la ENSANUT MC 2016, los adultos mexicanos mostraron una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad del 72.5%, mientras que los niños en edad escolar presentaron una prevalencia combinada del 33.2% (17.9% sobrepeso y 15.3% obesidad), lo cual indica que una tercera parte de los niños de nivel primaria sufre de sobrepeso u obesidad.

La obesidad pone en peligro los sistemas de salud del país, al desencadenar enfermedades crónicas que requieren la inversión de cantidades considerables de dinero (Meléndez, 2015). Los costos directos corresponden al tratamiento de la obesidad, incluyendo médicos, medicinas y hospitalizaciones. Por su parte, los costos indirectos corresponden a la ausencia laboral, la muerte prematura de una persona activa económicamente, la jubilación adelantada y las pensiones por discapacidad (Barquera, Pedroza, Media, Campos & Rivera, 2015; Liria, 2012).

Para el 2017, se estima que el costo directo que representa la atención médica de las enfermedades atribuibles al sobrepeso y la obesidad alcance los 77,919 millones de pesos, mientras que el costo indirecto por la pérdida de productividad se acerque a los 72,951 millones de pesos. Ascendiendo en total, por costos directos e indirectos a 150,870 millones de pesos (Secretaría de Salud, 2010).

2.6 Estrategias del gobierno mexicano para combatir la obesidad

En el 2004, México se adhirió a la Estrategia Mundial sobre la Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud para la prevención de enfermedades crónicas promovida por la OMS. A partir de ello, en el 2010 se generó el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA, 2010), el cual establece 10 objetivos prioritarios:

1. Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la colaboración de los sectores público, privado y social.
2. Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable.
3. Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas.
4. Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo.
5. Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud.
6. Promover y proteger la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, y favorecer una alimentación complementaria adecuada a partir de los seis meses de edad.
7. Disminuir el consumo de azúcares y otros edulcorantes calóricos añadidos en los alimentos, entre otros aumentando la disponibilidad y accesibilidad de alimentos reducidos o sin edulcorantes calóricos añadidos.
8. Disminuir el consumo diario de grasas saturadas en la dieta y reducir al mínimo las grasas trans de origen industrial.
9. Orientar a la población sobre el control de tamaños de porción recomendables en la preparación casera de alimentos, haciendo accesibles y poniendo a su disposición alimentos procesados que se lo permitan, e incluyendo en restaurantes y expendios de alimentos, tamaños de porciones reducidas.

10. Disminuir el consumo diario de sodio, reduciendo la cantidad de sodio adicionado y aumentando la disponibilidad y accesibilidad de productos de bajo contenido o sin sodio.

A partir de esta iniciativa, el gobierno eliminó la venta de refrescos en las escuelas, y estableció un impuesto del 10% a las bebidas con azúcares añadidos (Stern, Piernas, Barquera, Rivera, y Popkin, 2014). Además, se llevaron a cabo programas preventivos para combatir la obesidad, como es el caso del programa PrevenIMSS.

Dentro de las estrategias planteadas, se buscó mantener informado al consumidor mediante el desarrollo de etiquetas que indicarán la ingesta de energía, así como el aporte nutrimental de los alimentos industrializados (Barquera, et al., 2015). No obstante, menos de la mitad de la población mexicana reporta leer el etiquetado nutrimental de los productos y únicamente el 10% de la población indica comprarlos basándose en la información de la etiqueta (ENSANUT MC, 2016), lo cual sugiere que la información brindada mediante la etiqueta es poco utilizada por los consumidores.

La regulación de la publicidad dirigida a los niños, fue otra de las estrategias propuestas. Para ello, la industria alimentaria propuso el Código de Autorregulación de Alimentos y Bebidas No Alcohólicas (Código PABI, 2009), con el propósito de promover la realización y emisión de publicidad responsable, protegiendo al público infantil y brindando orientación alimentaria. Sin embargo, hay quienes consideran que el código es insuficiente al no regular adecuadamente la publicidad dirigida a los niños, debido a que permite promocionar cualquier tipo de alimento sin importar su contenido nutricional, así como anunciar alimentos para adultos durante los programas infantiles (Barquera, et al., 2015).

2.7 Programas escolares para prevenir la obesidad

Debido a la gravedad del problema de la obesidad a nivel mundial, se han puesto en marcha un conjunto de acciones para combatirla, entre ellas se encuentran los programas de intervención escolares. Dentro del conjunto de recomendaciones realizadas por la OMS

(2016b) para tratar eficazmente el problema de la obesidad infantil, se encuentran promover el consumo de alimentos saludables y la actividad física para los niños en edad escolar.

Un programa educativo tendría que considerar la adquisición de los conocimientos por parte de los participantes, la adaptación de las propuestas a la vida cotidiana de los participantes y la adhesión de las nuevas prácticas (Durá & Sánchez-Valverde, 2005). La mayor parte de los programas que muestran ser efectivos en la prevención de la obesidad son de carácter multicomponente, involucrando diversas acciones que van más allá de sólo fomentar una alimentación saludable (OMS, 2016a; Rausch & Kovalskys, 2015). Además, se busca la participación de múltiples contextos como el hogar, la escuela, la comunidad, el sector salud, los medios de comunicación, entre otros (Ebell, et al., 2002).

La mayoría de las intervenciones de prevención de la obesidad infantil se han llevado a cabo en escuelas primarias y secundarias. Estas intervenciones implican programas completos integrados por diversos componentes, dirigidos al entorno escolar, sus servicios alimentarios y el plan de estudios. En la mayoría de los casos, las intervenciones combinan dieta, actividad física, e incluyen a los padres de familia.

No se tiene completa certeza sobre cuál de las estrategias implementadas en los programas educativos resulta ser la más eficaz o la que contribuye de mayor manera a la prevención de la obesidad (Rausch & Kovalskys, 2015). No obstante, de acuerdo a una revisión llevada a cabo por Waters y colaboradores (2011, como se cita en OMS, 2016a), las siguientes estrategias parecen ser promisorias en entornos educativos:

- Integrar en el plan de estudios temas relacionados con la alimentación saludable, actividad física e imagen corporal.
- Incluir en las actividades escolares, sesiones dedicadas a la actividad física y el aprendizaje de técnicas fundamentales de movimiento.
- La calidad nutricional de los alimentos a disposición de los estudiantes (por ejemplo, en los comedores escolares) debe examinarse atentamente y mejorarse.
- Crear un ambiente y un espíritu que propicien que los niños consuman alimentos nutritivos y se mantengan activos durante todo el día.

- Prestar apoyo a los maestros y otros miembros del personal para poner en marcha estrategias y actividades de promoción de la salud (por ejemplo, actividades de desarrollo profesional o de creación de capacidades).
- Contar con el apoyo de los padres en las actividades en el entorno doméstico, para alentar a los niños a que se mantengan más activos, consuman alimentos más nutritivos y dediquen menos tiempo a actividades que exijan estar frente a una pantalla.

CAPÍTULO III

Ideas acerca de la obesidad

Las personas tienen un conjunto de ideas relacionadas con la obesidad, entre las cuales proporcionan explicaciones referentes a sus causas, consecuencias y soluciones. Además de ideas respecto a las características de las personas con obesidad, las cuales guían sus comportamientos al relacionarse con ellas personas.

3.1 Ideas de los adultos sobre la obesidad

En México, la mayoría de las personas considera que la obesidad es un problema grave y lo asocia con múltiples enfermedades, principalmente con diabetes, presión alta, baja autoestima, depresión, dificultades para respirar y algunos tipos de cáncer (ENSANUT MC, 2016). Asimismo, las personas muestran ideas erróneas o confusión al explicar el concepto de balance energético, teniendo dificultad para entender cómo interactúan la ingesta de alimentos y la actividad física (Flatt, 2011).

Con respecto a las causas de la obesidad, la mayoría de los adultos reconocen que tiene un origen multifactorial, aceptando que distintos factores contribuyen al desarrollo de la misma. No obstante, existe una tendencia en estar más de acuerdo con causas relacionadas con seguir una alimentación inadecuada, en la cual se ingieren alimentos en exceso o alimentos con poco valor nutrimental, así como con causas relacionadas a la falta de ejercicio y la práctica de actividades sedentarias. Por el contrario, la genética, los hábitos alimenticios familiares y la publicidad son las causas menos preferidas o seleccionadas para explicar la presencia de la obesidad (Covic, Roufeil & Dxiurawiec, 2007; ENSANUT MC, 2016; Hardus, van Vuuren, Crawford & Worsley, 2003; Jiménez-Cruz, Escobar-Aznar, Castillo-Ruiz, Gonzalez-Ramirez & Bacardí-Gastón, 2012; León-Sánchez, Jiménez, López & Barrera, 2014; Núñez, 2007).

Por lo tanto, las personas consideran en mayor medida que la obesidad es causada por factores que dependen del control del propio sujeto, como lo son sus hábitos de alimentación y ejercicio, mientras que factores fuera del alcance del sujeto como la genética o el ambiente obesogénico son menos preferidos.

Por su parte, McFerran y Mukhopadhyay (2013), demuestran la influencia de las creencias de las personas en sus elecciones, al encontrar que los sujetos que eligen la alimentación como causa de la obesidad presentan un IMC más bajo en comparación con los que eligen el ejercicio. De igual forma, Dar-Nimrod, Cheung, Ruby y Heine (2014) demostraron que al exponer a los participantes a hechos científicos que apoyaban la causa genética de la obesidad, producía que consumieran más alimentos en comparación con los participantes que fueron expuestos a otras causas de la obesidad.

Los adultos tienden a considerar que la obesidad es una condición que puede revertirse mediante el control de la ingesta de alimentos y el fomento de actividades físicas. En relación a la obesidad infantil, agregan que los padres podrían proporcionar alimentos más saludables y fungir como modelos positivos en el desarrollo de un estilo de vida sano, además de que la escuela podría apoyar con programas que fomenten el ejercicio (Covic, et al., 2007; Hardus, et al., 2003; Jiménez-Cruz, et al., 2012).

Por otra parte, los padres consideran que la obesidad infantil se debe al consumo de alimentos inadecuados y la falta de ejercicio. Sin embargo, al entrevistar a las madres de los niños con obesidad, Núñez (2007) encontró que gran parte de ellas creía que la obesidad no era una enfermedad, considerándola más bien como una característica física no deseada y temporal, la cual podía tener diferentes implicaciones dependiendo de la etapa de vida en la que se presentaba. Al aparecer en la niñez, únicamente limitaba las actividades físicas y de movilidad, mientras que al presentarse en la adolescencia representaba un problema estético y de socialización, siendo considerado como un problema de salud hasta la edad adulta.

3.1.1 Percepción de los padres del peso corporal de sus hijos

Los papás o cuidadores desempeñan un papel fundamental en la formación de hábitos saludables, al ser los encargados de proporcionar la comida y fomentar el ejercicio en los niños. Por lo tanto, la identificación correcta del peso corporal de sus hijos, puede ayudarlos a identificar si el niño necesita apoyo para llegar a un peso saludable (Carnell, Edwards, Croker, Boniface & Wardle, 2005; Hirschler, et al., 2006).

Existe evidencia de que los padres de familia son más propensos a subestimar o no reconocer la presencia de sobrepeso u obesidad en sus hijos (Ávila-Ortiz, Castro-Sánchez

& Zambrano-Moreno, 2016; Flores-Peña, Camal-Ríos & Cerda-Flores, 2011; Guevara-Cruz, Serralde-Zúñiga, Vázquez-Vela, Blancas, & Islas-Ortega, 2012; Myers & Vargas, 2000; Romero-Velarde & Vázquez-Garibay, 2008; Yilmaz, Erkorkmaz, Ozcetin, & Karaaslan, 2013; Young-Hyman, Herman, Scott, & Schlundt, 2000).

La mayoría de los padres tienden a identificar a los niños con sobrepeso en la categoría de peso normal, mientras que a los niños obesos los identifican con sobrepeso (Carnell, et al., 2005). Además, cuando los niños son más pequeños la detección del sobrepeso u obesidad es menor en comparación con los niños de mayor edad (Crawford, Timperio, Telford & Salmon, 2006). Asimismo, cuando los padres son obesos identifican mejor el sobrepeso y la obesidad en sus hijos (Rodríguez, Novalbos, Villagran, Martínez & Lechugan, 2012). De igual forma, las madres tienden a considerar que sus hijos comen porciones normales o más pequeñas de las que deberían de comer, aun cuando los niños presentan sobrepeso u obesidad (Hirschler, et al., 2006).

Con respecto a las medidas que toman los padres para evitar que sus hijos tengan sobrepeso u obesidad, mencionan que platican con ellos sobre los riesgos asociados a la elección de alimentos poco saludables y a la falta de actividad física. No obstante, la mayoría de los padres enfatiza en las consecuencias negativas de no seguir un estilo de vida saludable, en lugar de hablar de los beneficios a largo plazo que los buenos hábitos propician (Thomas, Olds, Pettigrew & Randle, 2014).

3.2 Ideas de los profesionales de la salud y docentes sobre la obesidad

Las ideas de los profesionales de la salud, con respecto a la obesidad y a las personas obesas, podrían influir en el tratamiento brindado a estos pacientes. Se ha encontrado que tanto médicos, enfermeras y nutriólogos atribuyen la responsabilidad de la obesidad a los pacientes, al considerar que las causas bajo el control del sujeto, como la alimentación y el ejercicio son las que tienen mayor impacto en el desarrollo de esta enfermedad, en comparación con las causas difícilmente modificables por el sujeto, como los factores genéticos. La atribución de responsabilidad se hace más notoria por parte de los profesionales de la salud, al mencionar que los pacientes con obesidad son autoindulgentes, tienen poca voluntad y un pobre autocontrol (Berryman, Dubale, Manchester, &

Mittelstaedt, 2006; Brown, Stride, Psarou, Brewins & Thompson, 2007; Ogden & Flanagan, 2008; Soto, Armendariz-Anguiano, Bacardí-Gascón, & Jiménez, 2014).

Este conjunto de ideas que sostienen los profesionales de la salud podría sesgar el tratamiento que le ofrecen a las personas con obesidad, ya que desde un inicio podrían suponer que es menos probable o requerirá un mayor esfuerzo llegar a los resultados esperados debido a la poca voluntad del sujeto (OMS, 2000b).

De igual forma, los profesores, comparten la idea de responsabilizar al sujeto con obesidad de su condición, indicando además que éste posee poco autocontrol (Greenleaf & Weiller, 2005; Jiménez-Cruz, Castellón-Zaragoza, García-Gallardo, Bacardí-Gascón, & Hovell, 2008; Neumark-Sztainer, Story & Harris, 1999; Núñez-Rivas, Campos-Saborío, Holst-Schumacher, & Alfaro-Mora, 2013). Esta tendencia de responsabilizar es más notoria en los profesores de educación física, quienes consideran que los niños con obesidad no son capaces de realizar correctamente las actividades mostradas en sus clases.

3.3 Ideas de los niños sobre la obesidad

Los niños consideran la obesidad como algo negativo, al mencionar que es mala, que trae problemas y que se debe evitar (Collipal, Silva, Vargas & Martínez, 2006; Fielden, Sillence, & Little, 2011). Asimismo, algunos niños consideran que la obesidad es una enfermedad (Luna-Rojas, Colín-Barrios, Domínguez-Hernández, Hernández-Guzmán & Martínez-Escobar, 2011; Rendón-Macías, Rosas-Vargas, Villasís-Keever, & Pérez-García, 2014), mientras que para otros únicamente es una expresión física o tipo de cuerpo (Núñez, Campos, Alfaro, & Holst, 2013).

Cabe destacar que, desde los 4 años de edad, los niños son capaces de identificar y contrastar la comida saludable de la no saludable (Hesketh, Waters, Green, Salmon, & Williams, 2005; Nguyen, 2008; Roos, 2002). Al hablar de las causas de la obesidad, los niños de preescolar y primaria consideran que la obesidad se debe principalmente a comer en exceso, así como a no realizar ejercicio o practicar actividades sedentarias (Margulies, Floyd & Hojniski, 2008; Núñez, 2007). No obstante, únicamente los niños de primaria mencionaron que la comida que se ingiere en exceso es comida chatarra (Johnson, et al., 1994; Luna-Rojas, et al., 2011). Además, en un estudio realizado por Babooram, Mullan y

Sharpe (2011), algunos niños indicaron como causa de la obesidad el comportamiento de los padres. Por otra parte, al realizar entrevistas con adolescentes obesos se encontró que atribuían su condición a factores genéticos (Martínez-Aguilar, et al., 2010).

Con respecto a las consecuencias derivadas de la obesidad, los niños se enfocan en las de tipo psicosocial, argumentando que la obesidad puede provocar burlas, acoso y exclusión social, así como sentimientos de enojo, tristeza o infelicidad (Babooram, et al., 2011; Booth, Wilkenfeld, Pagnini, Booth & King, 2008; Fielden, et al., 2011; Thomas, et al., 2014).

Por su parte, los niños piensan que la obesidad puede revertirse al realizar comportamientos como comer adecuadamente, disminuir la cantidad de comida, evitar consumir comida chatarra y realizar ejercicio (Babooram, et al., 2011; Luna-Rojas, et al., 2011; Margulies, et al., 2008; Núñez, 2007), lo cual concuerda con las acciones expuestas causantes de la obesidad. Por lo tanto, se aprecia que los niños atribuyen el padecer obesidad, así como el dejar de padecerla, a acciones que dependen del propio sujeto.

3.3.1 Atribución de características negativas hacia los niños obesos

Se ha visto que las personas suelen atribuir tanto adjetivos positivos como negativos a los sujetos con obesidad, sin embargo, la atribución de estos últimos suele ser mayor (Hebl, Ruggs, Singletary & Beal, 2008; Jáuregui, López, Montaña, Morales, 2008).

Al presentarles figuras delgadas y figuras con obesidad, los niños de preescolar y primaria asignan los adjetivos positivos a las primeras y los negativos a las segundas, además de preferir ser amigos o compañeros de juegos de la figura delgada en lugar de la que tiene obesidad (Bacardí-Gascón, Leon-Reyes & Jiménez-Cruz, 2007; Harringer, Calogero, Witherington & Ellen-Smith, 2010; Margulies, et al, 2008; Palmer & Rutland, 2011; Turnbull, Heaslip & McLeod, 2000). Incluso, los mismos niños con obesidad hacen estas elecciones (Cramer & Steinwert, 1998). Por su parte, Núñez (2007) encontró que los adjetivos más utilizados para describir a los niños con obesidad fueron: feo, lento al correr o caminar, flojo, ridículo, grosero, asqueroso, gordo, entre otros.

Además, los niños atribuyen más rasgos negativos o menos positivos dependiendo de qué tan responsable o culpable consideren a la figura por su condición (Iobst, et al.,

2009; Sigelman & Begley, 1987). En el caso de la figura con obesidad, supone que su condición se debe a los hábitos de alimentación y ejercicio que sigue, tendiendo a responsabilizarlo y a atribuirle características negativas.

Por otra parte, Barnett, Livengood, Sonnentag, Barlett y Witham (2010) encontraron que los niños responden favorablemente hacia sus compañeros, cuando consideran que estos desean cambiar, realizan un esfuerzo por hacerlo o tienen éxito en su cambio. Indicando que cuando la condición no deseada, como podría ser la obesidad, es atribuible a la negligencia personal o a la falta de esfuerzo, los sujetos tienden a ser excluidos y tratados de manera negativa.

Asimismo, el proporcionar a los niños información médica sobre el origen de la obesidad, hace que disminuya la responsabilidad atribuida al niño obeso, pero no cambia la preferencia de los niños de no querer compartir actividades con él (Bell & Morgan, 2000).

CAPÍTULO IV

Las ideas de los niños sobre las causas de la obesidad

4.1 Planteamiento del problema

El problema de la obesidad infantil es alarmante debido a las consecuencias de salud y psicosociales que repercuten en la calidad de vida de quién la padece. Debido a lo anterior, se han propuesto distintas estrategias para prevenir y tratar la obesidad en los niños, las cuales para asegurar una mejor eficacia deberían considerar las ideas del público hacia el cual van dirigidas. El presente trabajo tiene como objetivo indagar las ideas que tienen niños y niñas de educación primaria sobre las causas de la obesidad. Estas causas corresponden a dos dimensiones, la dimensión Controlable conformada por las causas de alimentación, ejercicio y voluntad, y la dimensión No-controlable integrada por las causas de genética, educación recibida en casa y ambiente obesogénico. Por lo tanto, la pregunta a responder será: ¿Los niños preferirán las causas que implican la controlabilidad por parte del sujeto obeso en lugar de las que no implican controlabilidad? Para ello, se realizó una entrevista semi-estructurada y un cuestionario, ambos centrados en conocer las causas de la obesidad preferidas por los niños, así como la atribución de características negativas hacia las personas obesas. Se espera que la presente investigación contribuya no sólo al esclarecimiento de las representaciones que los niños tienen sobre la etiología y la dinámica de la obesidad, sino que, al mismo tiempo, contribuya en la generación de nuevas prácticas para el mantenimiento de la salud.

4.2 Objetivos específicos

- Explorar si los niños conciben la obesidad como una enfermedad.
- Conocer si las causas preferidas por los niños implican o no una mayor controlabilidad por parte del niño obeso.
- Investigar si existen diferencias significativas entre los participantes de acuerdo a su sexo, grado escolar o clasificación de IMC respecto a las causas preferidas.

- Examinar si los niños y las niñas atribuyen características negativas o positivas a los niños con obesidad.

4.3 Hipótesis

- Los niños y niñas asumirán que la obesidad es algo que puede ser controlable por el individuo que la padece. Por lo tanto, las causas correspondientes a la dimensión Controlable tendrán puntajes mayores respecto a las de la dimensión No-controlable.
- Los participantes atribuirán en mayor medida características negativas y en menor medida características positivas a los niños con obesidad.

4.4 Estudios propuestos

Se realizaron tres estudios no experimentales de corte transversal, correlacional con una muestra de niños y niñas de educación primaria. Los tres estudios se encuentran articulados; es decir, a partir del Estudio 1 se construyeron los ítems que conforman el cuestionario presentado en el Estudio 2, al cual se le realizaron mejoras y ajustes que conformaron un cuestionario más adecuado presentado en el Estudio 3.

4.5 ESTUDIO 1

4.5.1 Método

Participantes

Se seleccionaron de manera intencional no-probabilísticas 13 alumnos (siete niñas y seis niños) de una escuela primaria pública al norte de la Ciudad de México. Los alumnos cursaban primero ($n = 5$, dos niños y tres niñas), tercero ($n = 4$, dos niños y dos niñas) y sexto ($n = 4$, dos niños y dos niñas) grados. La edad de los y las participantes tuvo un rango

de 5 a 11 años ($M = 8.30$, $DE = 2.01$). La media de edad de los alumnos de primero fue de 6.80 años ($DE = 1.64$), de los de tercero de 7.75 años ($DE = .50$), y de los de sexto de 10.75 años ($DE = .50$).

Debido a la diferencia de edad de los alumnos de primer grado, se conformaron tres grupos de acuerdo a la edad. G₁, 5-7 años ($n = 4$, una niña y tres niños); G₂, 8-9 años ($n = 5$, cuatro niñas y un niño); y G₃, 10-11 años ($n = 2$ niñas y 2 niños). La media de edad del G₁ fue de 6.00 años ($DE = .81$), del G₂ de 8.20 años ($DE = .44$) y del G₃ de 10.75 años ($DE = .50$).

Materiales

Se aplicó una entrevista semi-estructurada con el fin de conocer las ideas de los niños y niñas sobre la enfermedad y las diferentes causas de la obesidad, como alimentación, ejercicio, voluntad, educación recibida en casa y genética. La secuencia de la entrevista quedo conformada por ocho segmentos que se describen a continuación.

1. *Concepción de enfermedad.* Se les preguntó a los participantes: ¿Sabes qué son las enfermedades?; ¿Qué enfermedades conoces?; ¿Por qué se enferman las personas?

2. *Identificación de enfermedad.* Se les mostró a los participantes una escala de evaluación de imagen corporal (Collins, 1991) de niños o niñas, según les correspondiera. La escala estaba conformada por siete figuras que estaban ordenadas de menor a mayor complexión física, clasificándose como; desnutrición (1), bajo peso moderado (2), bajo peso ligero (3), peso normal (4), sobrepeso ligero (5), sobrepeso moderado (6) y obesidad (7) (ver Anexo A). Se les pedía que observaran las figuras y dijeran si creían que alguno de los niños o niñas presentados estaba enfermo(a). En caso de contestar de manera afirmativa e indicar a los niños o niñas enfermos(as), se les preguntaba, “¿por qué está enfermo(a)?” y “¿sabe qué está enfermo(a)?”.

3. *Ejercicio.* De acuerdo a la escala previamente mostrada, se les cuestionaba a los participantes: ¿Qué tipo de actividades o juegos crees que le gusten hacer al niño(a) de la figura 1?; ¿Qué tipo de actividades o juegos crees que le guste hacer al niño(a) de la figura 7?

4. *Alimentación*. Se les presentaba a los niños y niñas una imagen con ocho alimentos saludables que correspondían a agua, leche, brócoli, zanahoria, fresa, manzana, pescado y pollo, así como con ocho alimentos no saludables correspondientes a refresco, hamburguesa, pizza, papas fritas, cheetos, helado, galletas y chocolates (ver Anexo B). A partir de la imagen los participantes tenían que seleccionar los alimentos que creían que comía el niño o la niña de la figura 1 y posteriormente los de la figura 7.

5. *Cantidad y tipo de alimentos*. Se les enseñaba a los participantes una imagen en la que aparecía la figura 4 de la escala antes mencionada, con cuatro conjuntos de comida: mucha comida saludable, mucha comida no saludable, poca comida saludable y poca comida no saludable (ver Anexo C). En seguida, haciendo referencia a cada uno de los conjuntos de alimentos se les decía “¿qué le pasaría a este niño(a) si come de esta comida?”

6. *Padres de familia*. Se les cuestionó a los niños y niñas: ¿Cómo crees que es el papá del niño(a) de la figura 1?; ¿Cómo crees que es el papá del niño(a) de la figura 7? A continuación, se les mostraba una imagen con tres figuras de papás, que correspondían a papá 1 (bajo peso), papá 2 (peso normal) y papá 3 (obesidad) (ver Anexo D), y se les pedía que seleccionaran alguno de los papás para el niño o niña de la figura 1, así como para la figura 7. Posteriormente, se repetían las mismas preguntas y se mostraba una imagen equivalente, pero haciendo referencia a las mamás (ver Anexo E).

7. *Familias*. Se les enseñó a los participantes una imagen de un papá y una mamá delgados con un hijo o hija con obesidad (ver Anexo F), junto con la cual se les decía: “Yo conozco a un niño(a) que tiene más o menos la misma edad que tú y está así, gordito(a), y tienen unos papás delgados como ellos, ¿por qué crees que el niño(a) está así?”. Posteriormente, se les mostraba la imagen de un papá y mamá obesos con un hijo o hija con desnutrición, y se les decía lo mismo, pero haciendo referencia a la nueva imagen (ver Anexo G).

8. *Nacimiento y edad adulta*. Por último, se les volvía a presentar la escala de evaluación de imagen corporal (Collins, 1991) y se les preguntaba: ¿Cómo crees que era el niño(a) de la figura 1 cuando nació?; ¿Cómo crees que era el niño(a) de la figura 7 cuando nació?; ¿Cómo crees que será el niño(a) de la figura 1 cuando tenga 20 años?; ¿Cómo crees que será el niño(a) de la figura 7 cuando tenga 20 años?

Todas las imágenes antes descritas fueron mostradas a través de una presentación de PowerPoint por medio de una Tablet.

Procedimiento

Se contactó con la directora de la escuela para explicarle el motivo de la investigación y describirle en qué consistirían las entrevistas, una vez obtenido el permiso, la aplicación de las entrevistas se llevó a cabo de manera individual. Al llegar al salón, se le pedía al niño o niña que se sentara y se le explicaba que se estaba realizando una investigación acerca de lo que pensaban o creían los niños y las niñas. Se le recordó que no había respuestas correctas o incorrectas, así como que no era un examen, además de pedir su consentimiento para grabar su voz. La entrevista iniciaba preguntándole al niño o niña su nombre, edad, fecha de nacimiento y grupo, posteriormente se seguía la secuencia antes descrita. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 20 minutos y todas fueron audio-grabadas para su posterior transcripción.

Se realizó un análisis cualitativo que consistió en revisar todas las respuestas de los participantes y agruparlas en categorías.

4.5.2 Resultados

Concepción de la enfermedad

Al explicar qué son las enfermedades, 4/13 niños (dos del G₁ y dos del G₂) las definen por medio de enfermedades que han tenido o con respuestas circulares: Alan (G₁) “Es tos, es cuando tosemos”. Asimismo, 3/13 niños (dos del G₁ y uno del G₂) dan características no exclusivas de las enfermedades, como que son peligrosas, causan dolor o que son graves. Mientras 6/13 niños (dos del G₂ y cuatro del G₃), consideran características exclusivas de la enfermedad, por ejemplo, sus causas o consecuencias: Luis (G₃) “Son las que se transmiten por animales, por el frío o también por meterse cosas a la boca”.

Con respecto a los ejemplos de las enfermedades, 7/13 niños (cuatro del G₁ y tres del G₂) mencionan síntomas y/o enfermedades que han tenido, como tos, dolor de estómago, fiebre, varicela o gripa, las cuales se podrían considerarse de baja o mediana

gravedad. Mientras que, 6/13 niños (dos del G₂ y cuatro del G₃) proporcionaron ejemplos de enfermedades graves o crónicas que requieren de tratamiento médico, como distintos tipos de cáncer, diabetes, sida, pulmonía, infección en los riñones, enfermedades del corazón, y gastritis.

Asimismo, la causa de enfermedad más mencionada por los participantes fue una alimentación inadecuada, elegida por 7/13 niños (uno del G₁, dos del G₂ y cuatro del G₃): Claudia (G₂) “Se enferman no cuidándose, comiendo muchas cosas chatarra, comiendo cosas que no son saludables”. También, 2/13 niños (uno del G₂ y uno del G₃) mencionaron el contagio como causa: Marisol (G₂) “Por juntarse con la gente que está enferma, no se dan cuenta”. Además, 4/13 niños (uno del G₁ y tres del G₂) proporcionaron causas relacionadas con la gripa como no taparse, mojarse o estar descalzo. Mientras que sólo dos niños del G₁ mencionaron como causas acciones no relacionadas con enfermarse, por ejemplo: Delia (G₁) “Por estar de latosa”. Sólo un niño del G₂ mencionó no saber por qué se enfermaban las personas.

Por consiguiente, los niños que conforman el G₁ definen y dan ejemplos de enfermedades a partir de sus experiencias personales, o mediante características no exclusivas, mostrando confusión entre síntomas y enfermedades. Mientras que los niños del G₃ definen la enfermedad haciendo referencia a sus causas o consecuencias, mencionando enfermedades graves o crónicas e indicando como causa de las mismas una alimentación inadecuada. Por su parte, los niños del G₂ proporcionan tanto respuestas similares a las del G₁ como a las del G₃.

Identificación de la enfermedad

Cuando se les mostró a los niños la escala de evaluación de imagen corporal de Collins (1991), sólo una niña del G₁ consideró que ninguna de las figuras presentadas estaba enferma. Asimismo, 11/13 niños (tres del G₁, cuatro del G₂ y cuatro del G₃) indicaron que la niña o niño de la figura 1 (desnutrición) estaba enfermo(a), además seis de ellos (dos del G₁, uno del G₂ y tres del G₃) indicaron que también el niño o niña de la figura 2 (bajo peso moderado) tenía una enfermedad.

Al preguntar el por qué lo consideraban enfermo(a), ocho de los niños (tres del G₁, tres del G₂ y dos del G₃) mencionaron que, porque no comía o comía poco, mientras que tres niñas (uno del G₂ y dos del G₃) dijeron que sufría de anorexia: Susana (G₃) “Tiene muy poca alimentación y sufre de anorexia”. Laura (G₃) “La anorexia es cuando tú te ves en el espejo y te ves gorda, pero en realidad estas flaca, comes y te metes el dedo para vomitar todo y casi no comes nada”. Igualmente, de los 11 participantes que dijeron que el niño(a) de la figura 1 estaba enfermo, seis niños (dos del G₁, uno del G₂ y tres del G₃) mencionaron que no sabe que está enfermo, tres niños (uno del G₁ y dos del G₂) indicaron que sí sabe que está enfermo(a), y dos niños (uno del G₂ y uno del G₃) sugirieron que puede que sí sepa o que no sepa que está enfermo(a).

Por otra parte, 10/13 participantes (tres del G₁, tres del G₂ y cuatro del G₃) consideraron que la niña o niño de la figura 7 (obesidad) estaba enfermo, de los cuales, un niño del G₂ consideró que también el de la figura 6 (sobrepeso moderado) y dos niños del G₃ que tanto los niños(as) de la figura 6 como la 5 (sobrepeso ligero) estaban enfermos.

Todos los niños que eligieron alguna figura de la 5 a la 7, reportaron que estaba enfermo por comer en exceso, cinco de estos participantes (dos del G₂ y tres del G₃) agregaron a su explicación el tipo de comida, comida chatarra. Una niña del G₃ indicó también, que se debía a que los papás no le habían enseñado una dieta adecuada. Además, cuatro niños (uno del G₂ y tres del G₃) dijeron que la enfermedad que sufría el niño(a) de la figura 7 era obesidad. De los 10 que eligieron a la figura 7 como enfermo(a), tres participantes, uno de cada grupo, mencionaron que el niño de la figura 7 no sabe que está enfermo(a), mientras que cinco participantes (dos del G₁, dos del G₂ y uno del G₃) dijeron que sí sabe que está enfermo(a), y sólo dos del G₃ mencionaron que puede que si sepa o que no.

Por consiguiente, la mayoría de los niños identifican como enfermo tanto a las figuras con obesidad como con desnutrición, argumentado en el primer caso que come en exceso y en el segundo que no come o come poco. De igual forma, casi la mitad de los niños consideran que la figura con obesidad sí sabe que está enfermo, mientras que la figura con desnutrición no lo sabe. Asimismo, varios de los participantes mayores identificaron la enfermedad de la figura 7 como obesidad y agregaron que el tipo de alimentación en exceso

era de comida “chatarra”, mientras que sólo algunas de las niñas más grandes señalan que la enfermedad de la figura 1 era anorexia.

Ejercicio

Se les preguntó a los participantes por las actividades o juegos que realizaba la niña o el niño de la figura 1, a lo que 10/13 niños (cuatro del G₁, cuatro del G₂ y dos del G₃) mencionaron que realizaba actividades físicas como hacer ejercicio, correr, andar en bicicleta, jugar fútbol o basquetbol. Mientras que, 3/13 niños (uno del G₂ y dos del G₃) respondieron que hacía actividades sedentarias por que no podía moverse mucho: Luis (G₃) “No podría pararse o moverse mucho porque sus huesos no están adaptados para hacer actividades”

De igual forma, al pedirles que mencionaran las actividades o juegos de la figura 7, 2/13 participantes (uno del G₁ y uno del G₂) respondieron que realizaba actividades físicas o juegos que implican estar activo como correr o atraparse. Por otra parte, 11/13 niños (tres del G₁, cuatro del G₂ y cuatro del G₃) dijeron que practicaba actividades sedentarias como juegos de mesa, quedarse acostado o sentado, ver televisión o no hacer ejercicio: Susana (G₃) “Yo me imagino que ninguna porque si le gustara no estuviera tan gordita. Le gusta sentarse en el sillón y ver la tele”. También, dos niños (uno del G₁ y uno del G₂) agregaron a sus respuestas que el niño de la figura 7 casi no podría moverse y uno del G₃ que no podría correr porque se le aceleraría el corazón y podría causarle la muerte.

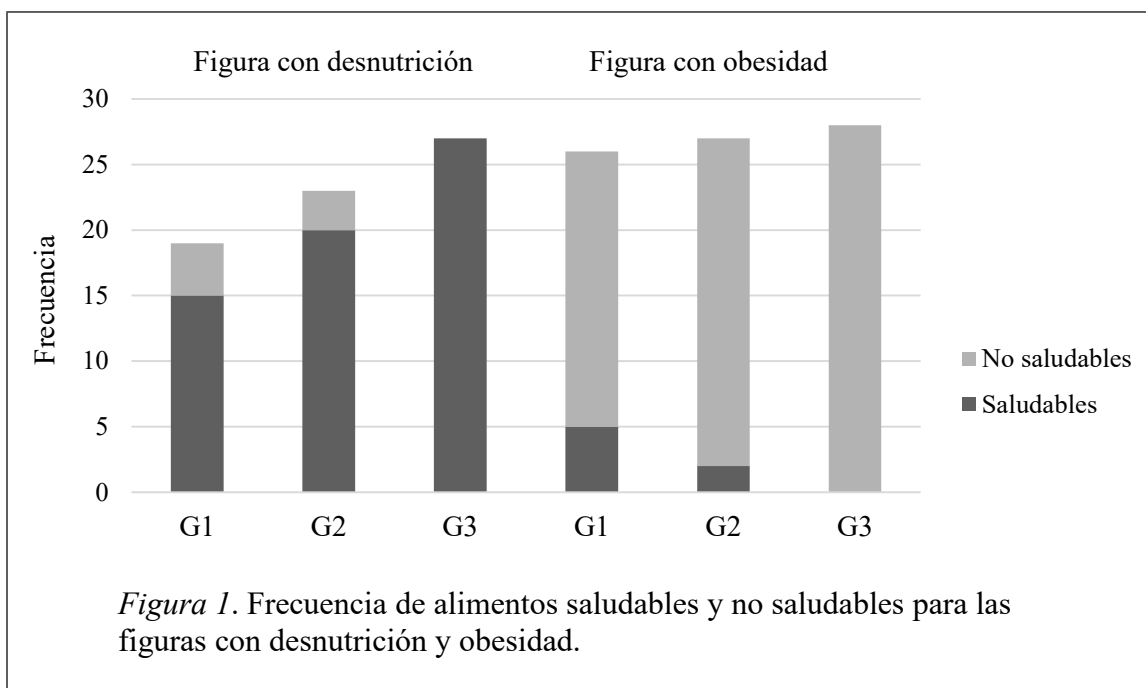
Por lo tanto, la mayoría de los niños piensa que la figura con desnutrición práctica actividades físicas, mientras que la figura con obesidad realiza actividades sedentarias.

Alimentación

Al hacer la selección de los alimentos, los participantes eligieron en su mayoría alimentos saludables para la figura con desnutrición, y alimentos no saludables para la figura con obesidad (ver Figura 1)

Además, los niños del G₁ y del G₂ seleccionaron también, aunque en menor proporción, alimentos no saludables para la figura con desnutrición y alimentos saludables

para la figura con obesidad. No obstante, los niños del G₃ sólo seleccionan alimentos saludables para la figura con desnutrición, y alimentos no saludables para la figura con obesidad.



Cantidad y tipo de alimentos

Por otra parte, cuando se les enseñó a los participantes la figura 4 (peso normal) y se les preguntó qué pasaría si comiera mucha comida saludable, 4/13 niños (tres del G₁ y uno del G₂) dijeron que engordaría y 2/13 (uno del G₁ y uno del G₂) reportaron que no le pasaría nada. Mientras que 6/13 niños (tres del G₂ y tres del G₃) mencionaron que estaría saludable o que estaría bien: Marisol (G₂) “Estaría bien, fuerte y nutritiva”. Además, un niño del G₃ mencionó que podría adelgazar: Misael (G₃) “Se haría flaco”.

De la misma forma, al preguntarles a los participantes que le pasaría al niño de la figura 4 si comiera mucha comida no saludable, todos los niños mencionaron que engordaría o tendría obesidad. Asimismo, dos niños del G₃ agregaron que se podría

enfermar: Susana (G₃) “Tendría obesidad y tendría muchas enfermedades, como ataques al corazón, infartos diabetes y cosas”.

Igualmente, cuando se les cuestionó a los participantes que le pasaría al niño de la figura 4 si comiera poca comida saludable, dos niños del G₁ mencionaron que adelazaría. También, 6/13 niños (dos del G₁ y cuatro del G₂) respondieron que no le pasaría nada. Mientras que, 5/13 niños (uno del G₂ y cuatro del G₃) dijeron que se enfermaría: Laura (G₁) “Se enferma más porque no tiene muchas proteínas y vitaminas dentro”

Finalmente, cuando se les preguntó a los niños que le pasaría al niño de la figura 4 si comiera poca comida no saludable, 3/13 niños (dos del G₁ y uno del G₃) dijeron que engordaría un poco, y 10/13 participantes (dos del G₁, cinco del G₂ y tres del G₃) indicaron que no le pasaría nada o no le haría daño.

Al considerar la cantidad y tipo de alimentos, los participantes en su mayoría del G₁ y algunos del G₂ mencionan en general que al comer comida saludable no te pase nada, aunque podrías engordar en caso de ser mucha o adelgazar en caso de ser poca. Asimismo, con respecto a la comida no saludable, piensan que comer en exceso hace que engordes. Por su parte, la mitad de los participantes del G₂ y la mayoría del G₃ argumentan que el comer una gran cantidad de comida saludable los haría estar bien o sanos, mientras que comer demasiada comida no saludable y poca comida saludable los llevaría a enfermarse. Además, la mayoría de los niños consideró que el comer poca comida chatarra no hace daño.

Padres de familia

Al preguntarle a los participantes por los papás del niño(a) de la figura 1, todos mencionaron que sería “flaco” y seleccionaron la figura del papá 1 (bajo peso). Además, 9/13 niños (dos del G₁, cuatro del G₂ y tres del G₃) agregaron que el papá 1 hacía ejercicio, corría o practicaba algún deporte: Marisol (G₂) “Va a correr y a hacer ejercicio”.

Asimismo, al preguntarles cómo era el papá del niño de la figura 7, la mayoría de los niños dijo que “gordo”, por lo que 12/13 niños eligieron la silueta del papá 3 (obesidad) y sólo un niño del G₁ seleccionó la figura del papá 2 (peso normal). También, cinco de estos participantes (dos del G₂ y tres del G₃), indicaron que realizaba actividades

sedentarias como estar sentado y ver televisión. Igualmente, tres niños del G₃ agregaron que el niño de la figura 7 estaba así gracias al ejemplo que le daba su papá: Susana (G₃) “Porque puede que salga parecido a su papá, a veces agarran ejemplos de sus papás”.

De la misma forma, al elegir a la mamá del niño o niña de la figura 1, la mayoría de los niños comentó que sería “flaca”, seleccionando 10/13 participantes (cuatro del G₁, dos del G₂ y cuatro del G₃) la figura de la mamá 1 (bajo peso), mientras que, dos del G₂ seleccionaron la figura de la mamá 2 (peso normal), y una niña del G₂ dijo que la mamá podía ser cualquiera de las tres. También, 10/13 niños (tres del G₁, cinco del G₂ y dos del G₃) agregaron que la mamá 1 y la mamá 2 hacían ejercicio o corrían. Además, un niño del G₃ mencionó que a la mamá 1 no le gustaba preparar la comida y por eso su hija estaba así.

De igual forma, al preguntarles por la mamá de la niña o niño de la figura 7, 9/13 participantes (tres del G₁, tres del G₂ y tres del G₃) mencionaron que sería “gordita” y eligieron la figura de la mamá 3 (obesidad). Siete de estos niños, agregaron que la mamá 3 no hace ejercicio y realiza actividades sedentarias como estar acostada, no hacer nada o ver televisión, además de cansarse rápido y caminar lento: Misael (G₃) “Yo creo que le daría flojera hacer ejercicio, porque como está muy gordita se puede tardar más en caminar y a lo mejor no les gusta caminar”. También, una niña del G₃ dijo que la mamá 3 no le había enseñado a comer a su hija porque ella misma no sabía comer bien.

Además, 2/13 niños (uno del G₂ y uno del G₃) respondieron que la mamá podía ser tanto delgada como gordita: Susana (G₃) “Puede que sea flaquita o que sea gordita” y otros 2/13 niños (uno del G₁ y uno del G₂) dijeron que si la mamá se cuidaba podía ser flaquita,

En su mayoría, los niños eligen al padre o madre que se parece físicamente al hijo, asignando actividades físicas a los padres delgados y actividades sedentarias a los padres obesos. Asimismo, los participantes del G₃ hacen mención de la educación o ejemplos brindados por los padres, así como el papel de estos mismos en el cuidado de los hijos. No obstante, algunos niños del G₂ y del G₃ reportan que los padres podrían tener una constitución física diferente a la de los hijos.

Familias

En el caso de la familia con los papás delgados y el hijo con obesidad, todos los niños mencionaron que los papás comían alimentos saludables y el hijo alimentos no saludables o chatarra: Misael (G₃) “Los papás comen frutas y verduras y el hijo come refresco, hamburguesas y cheetos”. Además, alrededor de la mitad agregó que el niño no hace ejercicio mientras que los papás sí. También, 2/13 participantes (uno del G₁ y uno del G₂) respondieron que el hijo(a) conseguía la comida chatarra fuera de su casa: Claudia (G₂) “Porque en las escuelas venden muchos dulces y aunque los papás le digan que no y no lo manden, pues ellos lo pueden comprar, robar”. Mientras que, un niño del G₁ dijo que el hijo había nacido gordito y una niña del G₂ que los papás antes eran gorditos y ahora se cuidaban. Igualmente, 4/13 niños (uno del G₁ y tres del G₃) mencionaron que el niño estaba así porque los papás no le habían enseñado a comer adecuada o le permitían comer mucho: Misael (G₃) “Bueno lo educaron bien, pero yo creo que lo enseñaron a comer mucho”. Por su parte, 3/13 niños (dos del G₂ y uno del G₃) brindaron respuestas en las cuáles la condición del hijo se debía a que él mismo no se cuidaba o creía no correr peligro.

Con respecto al caso de los papás delgados y el hijo(a) con obesidad, todos los niños indicaron que los papás consumían comida no saludable y el hijo comía saludable: Diego (G₁) “Porque el hijo come verduras, y sus papás comen, papas, chocolate y pizza”. Asimismo, 4/13 participantes (uno del G₁, dos del G₂ y uno del G₃) dijeron que los papás no le daban de comer al hijo(a), agregando que se quedaban con la comida o que la mamá no hacía de comer. Además, 2/13 participantes (uno del G₂ y uno del G₃) respondieron que al hijo(a) no le gustaba comer lo mismo que sus papás. También, una niña del G₂, mencionó que la hija(o) en la escuela hacía ejercicio y una niña del G₃ respondió que la niña podía tener anorexia.

Con lo anterior, se puede ver que los participantes consideran que una diferente constitución física entre padres e hijos se debería principalmente a que consumen alimentos distintos. Asimismo, involucran otros factores que intervienen en la alimentación, por ejemplo, la disponibilidad de la comida tanto para la desnutrición como la obesidad mencionada por la mayoría de los niños del G₁ y del G₂ mencionan. Mientras que, sólo en

el caso de la obesidad algunos niños del G₂ y del G₃ indican la responsabilidad del sujeto y la mayoría de los participantes del G₃ indican la educación recibida por los padres.

Nacimiento y edad adulta

Al preguntarle a los participantes cómo era el niño o niña de la figura 1 de bebé, 9/13 niños (cuatro del G₁, cuatro del G₂ y uno del G₃) mencionaron que era “flaquito”, mientras que dos del G₃ comentaron que de bebé era “normal o saludable” y otra niña de ese grupo dijo que pudo haber sido “flaquita o gordita”. Por último, un niño del G₂ respondió que pudo haber sido “gordito cuando nació y luego enflaco”.

De igual forma, al pedirles a los niños que mencionaran cómo era el niño o niña de la figura 7 de bebé, 5/13 participantes (uno del G₁, tres del G₂ y uno del G₃) respondieron que era “flaquito(a)”, y 3/13 niños, uno de cada grupo, que era normal o como la figura 4 de la escala, pero que después empezó a comer mucho y engordo: Paola (G₂) “Flaquita y luego comió mucho, como grasas, papás y coca”. Por otra parte, 3/13 niños (dos del G₁ y uno del G₂) comentaron que de bebé era “gordito(a)”. También, dos niñas del G₃ mencionaron que pudo haber sido de bebé tanto “flaquita” como “gordita”, una de ellas lo relacionado con la complexión física de los padres y la otra con la alimentación y el ejercicio.

Asimismo, al preguntarles cómo sería la niña(o) de la figura 1 cuando tuviera 20 años, 7/13 participantes (dos del G₁, cuatro del G₂ y uno del G₃) mencionaron que sería “normal” o como la silueta 4 de la escala, porque comería más o comería mejor. Mientras que, 3/13 niños, uno de cada grupo, comentaron que estaría “flaco(a)” y dos del G₃, respondieron que podría estar “flaco(a), normal o gordito(a)”. Además, una niña del G₁ dijo que estaría “gorda” porque comería chucherías.

Por su parte, al decir cómo sería el niño o niña de la figura 7 cuando tuviera 20 años, 2/13 participantes (uno del G₁ y uno del G₂) dijeron que podría estar más gordo porque seguiría comiendo comida chatarra, mientras que 3/13 niños (dos del G₁ y uno del G₂) contestaron que podría estar “flaquito(a)” si come nutritivo y hace ejercicio. Además, 4/13 participantes (uno del G₁, dos del G₂ y uno del G₃) mencionaron que estaría “normal” o como la figura 4 de la escala, porque cuidaría su alimentación. También, 4/13 niños (uno

del G₂ y tres del G₄) respondieron que, podría estar delgado(a) o normal si hace ejercicio, cuida su alimentación, y se informa o podría seguir gordito(a) si come comida chatarra.

Por consiguiente, la mayoría de los participantes indican que tanto la figura con desnutrición como la figura con obesidad eran bebés y serán adultos delgados(as) o con peso normal, indicando en el caso de la obesidad el comer en exceso de bebé y en ambos casos el seguir una alimentación saludable de adulto. No obstante, algunos niños del G₃ mencionaron que podrían haber sido bebés o serían adultos tanto delgados como gordos.

4.5.3 Discusión y conclusiones

Los participantes de mayor edad demostraron tener una noción de enfermedad más completa al incorporar elementos característicos de la misma, como sus causas o consecuencias, así como al proporcionar ejemplos que trascienden sus experiencias personales. Por el contrario, los participantes más pequeños concibieron la enfermedad a partir de sus experiencias anecdóticas y mostraron confusión para distinguir síntomas de enfermedades, coincidiendo con lo encontrado en otros estudios (Del Barrio, 1990; Piko & Bak, 2006; Ruda, 2009). Cabe destacar, que a pesar de que la mayoría de los niños mencionó una alimentación inadecuada como causa principal para enfermarse, ninguno de ellos dio como ejemplo la obesidad, aunque los niños mayores la identificaron después como una.

Asimismo, casi todos los niños identificaron como enfermo la figura con obesidad y la figura con desnutrición, sin embargo, únicamente los participantes mayores reconocieron la enfermedad de la figura 7 como obesidad, mientras que sólo las niñas mayores indicaron que la figura 1 tenía anorexia, esto podría reflejar una mayor conciencia por parte de las niñas con respecto a la apariencia física (Fielden, et al., 2011).

En general, los participantes relacionaron principalmente el exceso y la falta de peso con la alimentación, distinguiendo correctamente entre alimentos saludables y no saludables, al igual que en otros estudios (Hesketh, et al., 2005; Nguyen, 2008; Ross, 2002), asignando los primeros al niño con desnutrición y los últimos al niño con obesidad. Además, identifican que las figuras tanto con desnutrición como delgadas practicarían

actividades físicas, mientras que las figuras con obesidad preferirían actividades sedentarias.

Por otra parte, los niños parecen no considerar la genética en las tareas de elección de padres de familia, la explicación de las familias o el nacimiento y edad adulta, más bien tienden a atribuir principalmente las características de los individuos a sus hábitos de alimentación, mediados por otros factores como la influencia de los padres o la escuela, y a sus hábitos de ejercicio. Lo anterior también se ha encontrado en previas investigación (Babooram, et al., 2011; Johnson, et al., 1994; Núñez-Rivas, 2013), donde los niños muestran preferencia hacia las causas relacionadas con la controlabilidad y se mencionan ocasionalmente causas relacionadas con los comportamientos de los padres o con la genética, aunque no se especifican o mencionan los procesos involucrados de esta última.

Al igual que en otras investigaciones (Babooram, et al., 2011; Luna-Rojas, et al., 2011; Núñez, 2007), los niños del presente estudio conciben la obesidad como un estado reversible a partir del seguimiento de mejores hábitos de alimentación y ejercicio, así como al estar informado.

4.6 ESTUDIO 2

4.6.1 Método

Participantes

Se seleccionaron, de manera intencional no-probabilística, 56 alumnos de educación primaria (26 niñas y 30 niños) quienes cursaban cuarto ($n = 19$, siete niñas y doce niños), quinto ($n = 17$, nueve niñas y ocho niños) y sexto ($n = 20$, diez niñas y diez niños) grados. La edad de los y las participantes tuvo un rango de 7 a 13 años de edad ($M = 10.00$, $DE = 1.29$). La media de edad de las niñas fue 10.23 ($DE = 1.30$) y la de los niños de 9.80 ($DE = 1.27$). De acuerdo con su Índice de Masa Corporal (IMC), 24 participantes tenían peso normal (quince niñas y nueve niños), 16 sobrepeso (nueve niñas y siete niños) y 16 obesidad (dos niñas y catorce niños).

Materiales

Se diseñó un cuestionario para conocer las ideas de los niños acerca de las causas de la obesidad, en el cual también se indagó sobre los hábitos de alimentación y de actividad física, así como las atribuciones de características negativas hacia los niños con obesidad. Los ítems se construyeron a partir de las entrevistas presentadas en el estudio 1, y a partir de la revisión de la literatura, por lo que algunos ítems son parecidos a los presentados en otros trabajos (Covic, et al., 2007; Hardus, et al., 2003; León-Sánchez, et al., 2014).

Se realizaron dos versiones del cuestionario, una para niños (ver Anexo H) y otra para niñas (ver Anexo I). El cuestionario quedó conformado por 34 ítems. Nueve ítems indagaron los hábitos de alimentación y de actividad física de los niños y niñas (ver Tabla 2), así como el fomento y supervisión de estos hábitos por parte de los padres (ver Tabla 3). Estos ítems fueron calificados con una escala Likert de tres puntos, en la cual un círculo lleno correspondía a “siempre”, un círculo a la mitad “a veces” y un círculo casi vacío a “nunca”. Además, un ítem les preguntaba a los participantes por la frecuencia (todos los días, dos veces a la semana o nunca) con la que comían comida chatarra y otro ítem les pedía que mencionaran tres cosas que tenían que hacer para mantenerse sanos.

Por otra parte, 16 ítems examinaron el impacto de cinco posibles causas de la obesidad, los cuales se muestran en la Tabla 1. Asimismo, un ítem consideraba el conocimiento acerca de la obesidad por parte del niño obeso, mientras que en otro ítem tenían que elegir uno de las tres posibles causas de la obesidad que se les presentaban. Por otra parte, otro ítem indagaba si la obesidad era considerada como una enfermedad por los niños

Igualmente, se incluyeron cuatro ítems que evaluaron si los participantes atribuían o no características negativas a los niños con obesidad (ver Tabla 4). Los ítems sobre las posibles causas de la obesidad, la atribución de características negativas y el ítem de conocimiento fueron evaluados mediante una escala Likert de tres puntos, donde una cara feliz representaba “sí”, una cara indecisa “no sé” y una cara triste “no”.

Para obtener el peso de los participantes se utilizó una báscula estándar y para su estatura una cinta métrica fija sobre la pared.

Tabla 1

Ítems que componen cada una de las cinco categorías causales.

Categoría causal	Ítems
Educación recibida en casa	<p>2.4 Los niños con obesidad viven con papás que les permiten comer comida chatarra.</p> <p>3.2 Algunos niños son obesos porque sus papás les dan comida que tiene mucha grasa.</p> <p>4.2 Muchos niños con obesidad no comen frutas ni verduras porque eso fue lo que aprendieron de sus papás.</p>
Genética	<p>2.2 Sin importar lo que coman, los niños con obesidad siempre serán obesos.</p> <p>3.3 Los niños con obesidad tienen una enfermedad que los volvió obesos.</p> <p>6.5 Los niños son obesos porque heredaron de sus padres los “genes que causan la obesidad”.</p>
Voluntad	<p>2.3 Los niños con obesidad no quieren ser delgados.</p> <p>3.4 Si los niños con obesidad quisieran, comerían menos.</p> <p>6.1 Los niños con obesidad comen a todas horas aunque no tengan hambre.</p> <p>6.2 Los niños con obesidad podrían adelgazar si lo quisieran.</p>
Alimentación	<p>2.1 Comiendo sano los niños con obesidad podrían adelgazar.</p> <p>4.3 Los niños se vuelven obesos porque comen comida con mucha grasa.</p> <p>6.4 Los niños con obesidad toman jugos de frutas que venden en la tienda, por ejemplo, jugos Jumex.</p>
Ejercicio	<p>3.1 Los niños que no hacen ejercicio se vuelven obesos.</p> <p>4.4 Los niños con obesidad pasan muchas horas al día viendo la televisión.</p> <p>6.3 Haciendo ejercicio los niños con obesidad podrían adelgazar.</p>

Procedimiento

Se contactó con la directora de la escuela y los padres de familia para explicarles el propósito de la investigación y pedirles permiso para aplicar los cuestionarios. Los niños que contaban con el permiso eran llevados en pequeños grupos a otro salón donde se les explicaba el objetivo de la investigación y se les pedía su ayuda para contestar el cuestionario. Al darles las indicaciones a los niños se les pidió que contestaran lo que ellos creían, asimismo se les mencionó que no era un examen por lo que no había respuestas buenas o malas, así como que sus respuestas eran confidenciales y que no las conocerían sus profesores. Al finalizar, se tomó el peso y estatura de cada participante. El tiempo empleado fue de 30 minutos aproximadamente.

4.6.2 Resultados

Hábitos

De acuerdo a los hábitos de alimentación y de actividad física, como puede observarse en la Tabla 2, los participantes reportaron seguir buenos hábitos alimenticios, por ejemplo, el 51.8% mencionó comer frutas y verduras mientras que el 71.4% dijo no comer dulces entre comidas. Por su parte, respecto de la actividad física, las declaraciones de los participantes son un poco contradictorias, mientras que el 62.5% declara que a veces pasa mucho tiempo viendo la televisión, el 62.5% dice hacer siempre ejercicio.

Una prueba U de Mann-Whitney no encontró diferencias entre las respuestas de niñas y niños en ninguno de los ítems relacionados con los hábitos alimenticios o de actividad física. Asimismo, la prueba de Kruskal-Wallis no encontró diferencias significativas en las respuestas de los tres grados examinados, ni en las respuestas respecto del IMC ($p > .05$).

Tabla 2

Porcentaje de respuesta en hábitos alimenticios y de actividad física (N = 56).

Cuando estoy en casa...	Nunca %	A veces %	Siempre %
1.1 Como frutas y verduras.....	1.8	46.4	51.8
1.2 Todos los días como entre la una y las dos de la tarde.....	23.2	46.4	30.4
1.3 Paso mucho tiempo sentada viendo la televisión.	19.6	62.5	17.9
1.4 Como dulces entre las comidas.....	71.4	23.2	5.4
1.5 Hago ejercicio (por ejemplo, corro, salto, nado, juego a los atrapados, etc.).....	7.1	30.4	62.5

Relacionado con los hábitos alimenticios, se les preguntó a los participantes por la frecuencia con la cual consumían comida chatarra (Doritos, Gansitos, etc.), a lo que el 85.5% reportó consumirla dos veces por semana, el 9.1% dijo nunca consumirla y sólo el 5.4% mencionó consumirla todos los días.

En relación a lo que reportan los niños y niñas respecto del cuidado y supervisión de sus padres hacia sus hábitos alimenticios y de actividad física, como puede observarse en la Tabla 3, la mayoría de los participantes mencionó comer con sus papás, mientras que más del 50% reportó que sus padres supervisan la comida que consumen y habla con ellos sobre la importancia de hacer ejercicio. Sin embargo, el 85.7% reporta consumir siempre o a veces refresco a la hora de la comida.

Tabla 3

Porcentaje de respuesta de la supervisión de los padres hacia los hábitos de alimentación y actividad física (N = 56).

	Siempre	A veces	Nunca
	%	%	%
9.1 Mis papás vigilan la comida que como.....	55.4	37.5	7.1
9.2 Mis papás hablan conmigo sobre la importancia de hacer ejercicio.....	56.4	20.0	23.6
9.3 En las comidas acostumbramos tomar refrescos...	28.6	57.1	14.3
9.4 Mis papás se sientan a comer conmigo.....	82.1	14.3	3.6

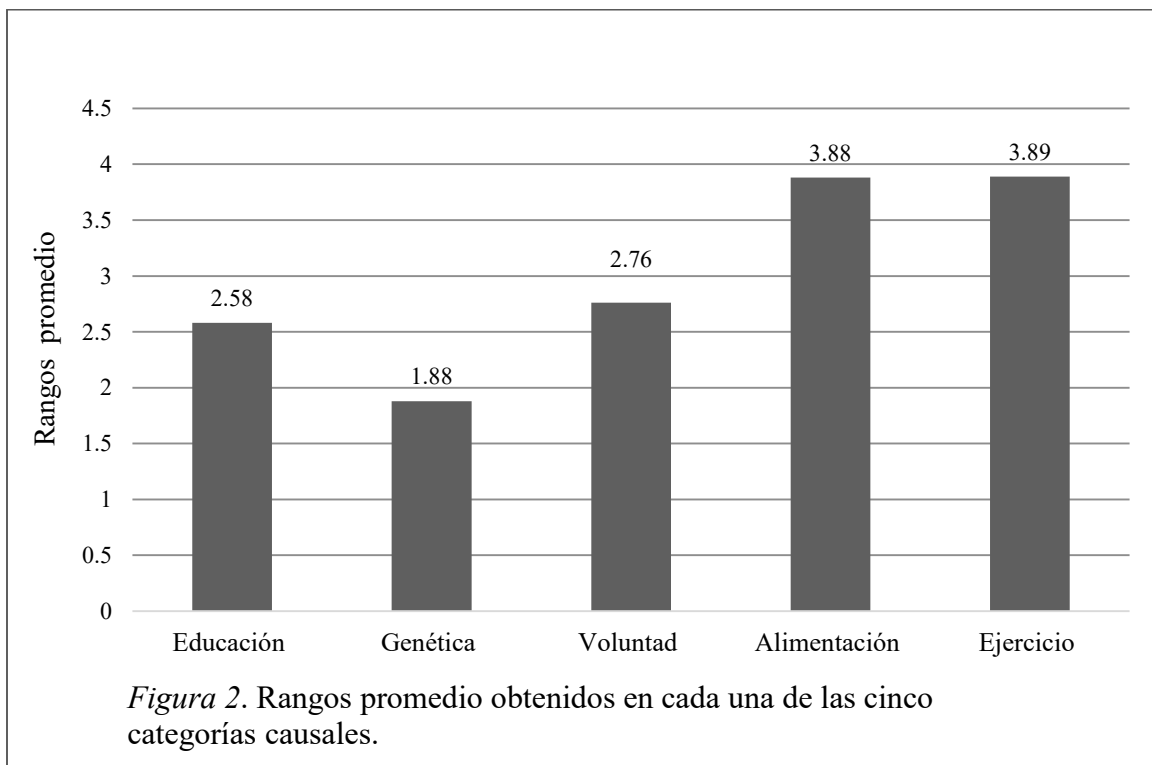
No se encontraron diferencias significativas entre las respuestas de niñas y niños al realizar una prueba U de Mann-Whitney. De igual forma, la prueba de Kruskal-Wallis no encontró diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas de los tres grados escolares, ni entre las respuestas respecto al IMC ($p > .05$).

Por otra parte, al pedirle a los participantes que mencionaran tres cosas que tenían que hacer para mantenerse sanos, todos incluyeron alguna respuesta relacionada con la alimentación, por ejemplo, el 64.2% indicó que comer frutas y/o verduras, el 51.7% mencionó que comer saludable, el 44.6% dijo que no consumir comida chatarra o poco saludable y el 12.5% reportó que tomar agua. Además de la alimentación, el 80.3% de los participantes mencionó que para mantenerse saludable tenían que hacer ejercicio, mientras que sólo el 12.5% dieron otras respuestas, como cuidar la salud, no ver tanta televisión o dormir las horas que el cuerpo necesita.

Causas de la obesidad

Se promediaron todos los ítems pertenecientes a cada una de las categorías causales examinadas con el fin de obtener un puntaje total que permitiera examinar su distribución. Una prueba de Friedman indicó que existen diferencias estadísticamente significativas en los rangos promedio de las cinco categorías causales, $\chi^2(4, 56) = 72.491, p < .001$.

Como puede verse en la Figura 2, los participantes ponderan más las causas relacionadas con la alimentación y el ejercicio, que factores médico-genéticos o la educación recibida en casa. Un dato importante es que la categoría voluntad ocupa el tercer lugar en la elección de las causas.



Asimismo, la prueba de Kruskal-Wallis no encontró diferencias significativas entre las respuestas de los participantes de los tres grados educativos examinados, así como tampoco

entre las respuestas de acuerdo al IMC en ninguna de las cinco categorías causales. Además, una prueba U de Mann-Whitney no encontró diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas dadas por los niños y las niñas en ninguna de las cinco categorías causales examinadas ($p > .05$).

Igualmente, se decidió conjuntar las causas “educación recibida en casa” y “genética” en la dimensión No-controlable y las causas “voluntad”, “alimentación” y “ejercicio” en la dimensión Controlable. Una prueba de Wilcoxon encontró diferencias estadísticamente significativas entre los rangos promedio de las dimensiones Controlable y No-controlable, $Z = -5.668$, $p < .001$. Es decir, para los participantes la obesidad es algo que depende del individuo que la padece.

Por su parte una prueba de U de Mann-Whitney no encontró diferencias entre las respuestas de niñas y niños en ninguna de las dos categorías. De la misma manera, una prueba de Kruskal-Wallis no encontró diferencias entre las respuestas de los tres grados examinados en ninguna de las dos categorías. La misma prueba no encontró diferencias entre las respuestas de acuerdo al IMC ($p > .05$).

Ante la pregunta: “si los niños con obesidad supieran que la obesidad es mala, harían más ejercicio”, el 87% de los participantes contestó de manera afirmativa, mientras que el 9.3% mencionó no saber y el 3.7% contestó que no. Esto es, los niños consideran que el conocimiento podría ser una solución al problema de la obesidad.

Además, como puede verse en la Figura 3, los participantes tendieron a considerar en mayor medida el patrón familiar de alimentación como la causa principal de la obesidad infantil, seguida por la falta de ejercicio y, en último lugar, la genética. No se encontraron diferencias entre las respuestas de niños y niñas, ni entre las respuestas de acuerdo al IMC, así como tampoco entre las respuestas de los tres grados examinados ($p > .05$).

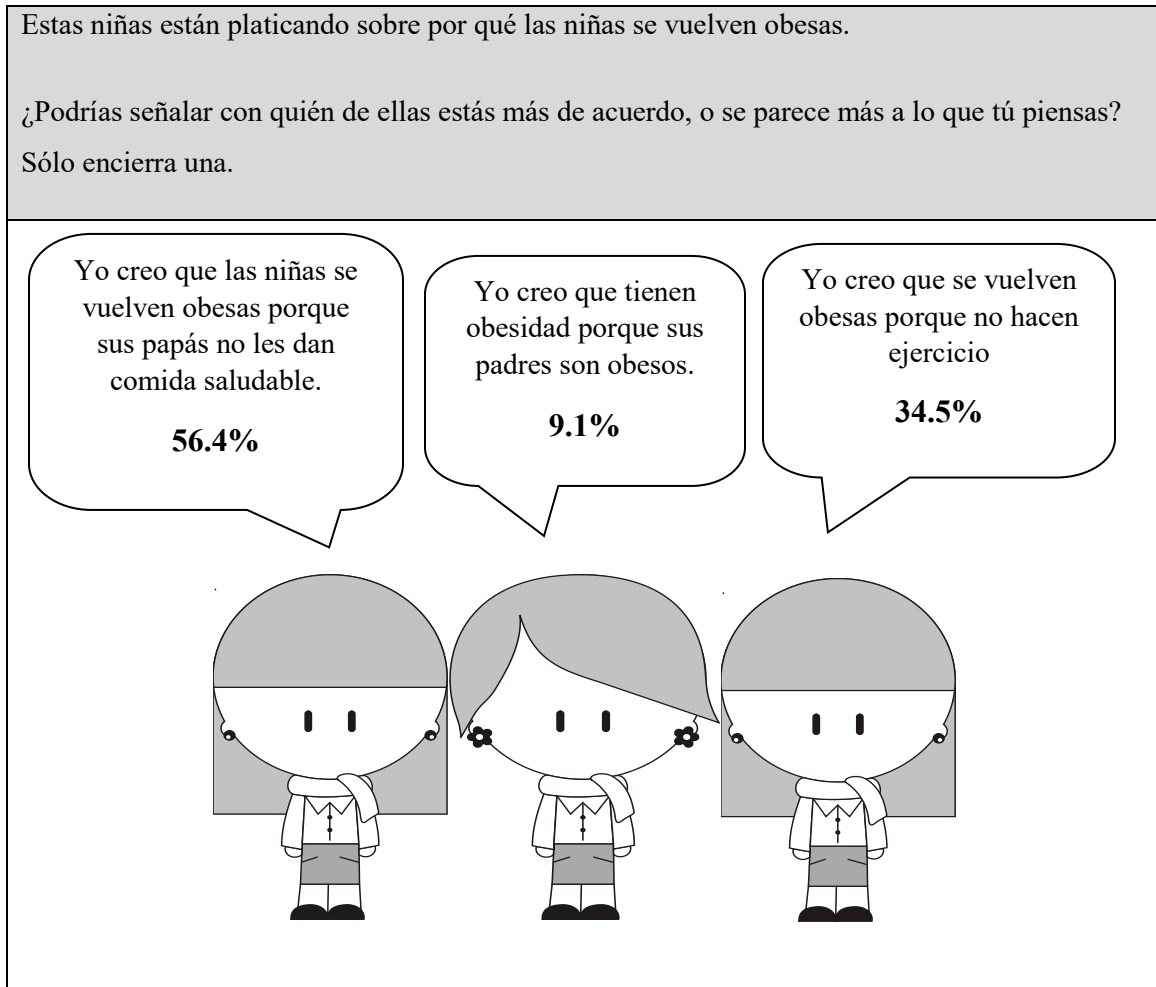


Figura 3. Porcentajes de respuesta en la elección de una de las posibles causas de la obesidad infantil.

Por otro lado, como puede observarse en la Figura 4, la mayoría de los participantes conciben la obesidad como una enfermedad. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas de los participantes de acuerdo al IMC, ni entre los tres grados examinados, así como tampoco entre las respuestas de niños y niñas ($p > .05$).

Estos niños están platicando sobre los niños que son obesos.

Encierra en un círculo al niño que piensa lo mismo que tú, o que dice lo más parecido a lo que tú dirías. Sólo encierra uno.

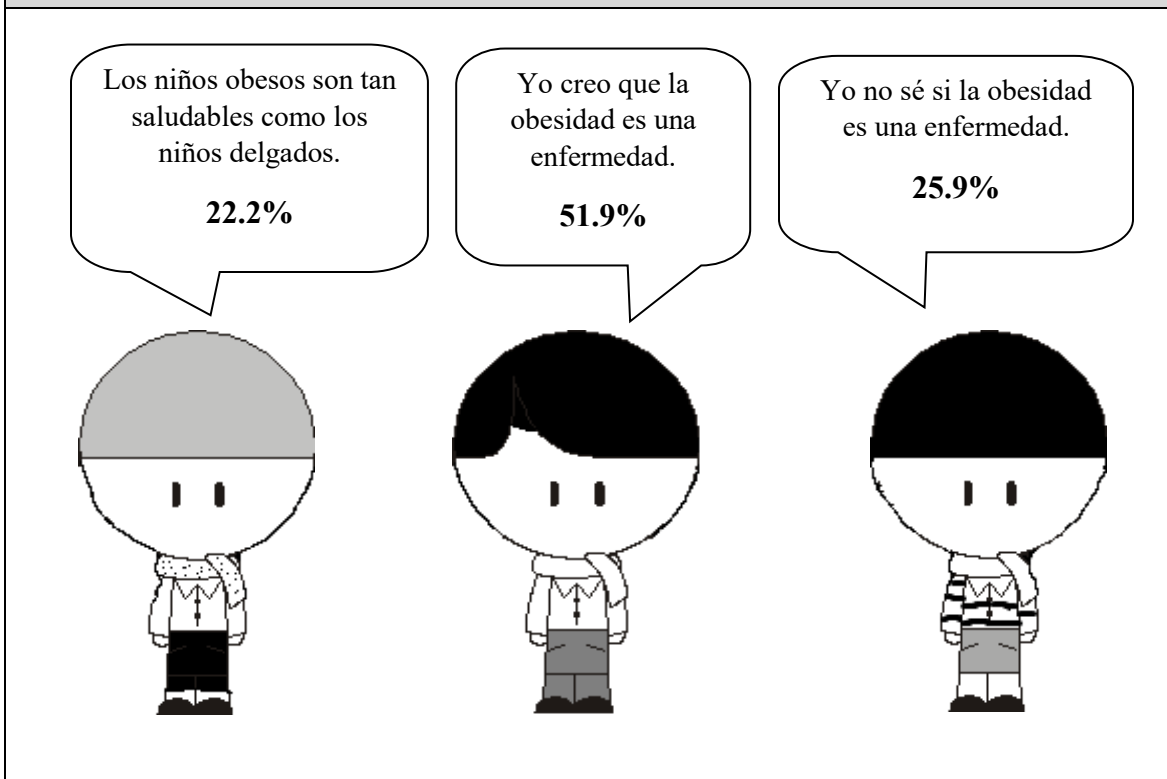


Figura 4. Porcentajes de respuestas sobre la concepción de la obesidad como una enfermedad.

Atribución de características negativas o positivas

Cuatro ítems examinaron la atribución de características positivas y negativas hacia los niños y niñas con obesidad. Como puede observarse en la Tabla 4, más de la mitad de los participantes respondieron *sí* a los ítems 10.1 y 10.3 que atribuyen características positivas, mientras que un 49.1% y un 37 % eligen *no sé* para los ítems 10.2 y 10.4, los cuales atribuyen características negativas. Lo anterior, podría indicar que los participantes no tienen claro si asignar o no atributos negativos a los niños obesos.

De igual forma, una prueba de Wilcoxon mostró diferencias entre la atribución de características negativas (rango promedio = 18.63) y positivas (rango promedio = 20.35) hacia los niños con obesidad, $Z = -3.448$, $p = .001$. Demostrando que los participantes les

atribuyen más características positivas que negativas a los niños obesos. Sin embargo, una prueba U de Mann-Whitney no encontró diferencias entre niños y niñas con respecto a la atribución de características positivas o negativas.

Asimismo, una prueba de Kruskal-Wallis no encontró diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas de los participantes de acuerdo al grado que cursaban tanto para características negativas como positivas ($p > .05$). No obstante, la misma prueba encontró diferencias entre las respuestas de acuerdo al IMC, siendo los participantes con obesidad (rango promedio = 21.07) y los participantes con sobrepeso (rango promedio = 25.25) quienes menos atribuían características positivas a los niños y niñas obesos(as), a diferencia de los participantes con peso normal (rango promedio = 33.26), $X^2(2, 56) = 6.635, p = .036$. Igualmente, la prueba de Kruskal-Wallis encontró que los participantes con obesidad (rango promedio = 26.97) y los participantes con sobrepeso (rango promedio = 18.25) fueron quienes menos atribuyeron rangos negativos a las personas obesas, en comparación con los participantes con peso normal (rango promedio = 34.28), $X^2(2, 56) = 10.669, p = .005$. Los datos anteriores podrían reflejar que los participantes con sobrepeso y obesidad tendieron a permanecer neutrales en las atribuciones.

Tabla 4

Porcentajes de respuestas de atribución de características positivas o negativas (N = 56).

	No %	No sé %	Sí %
10.1 Los niños con obesidad son igual de inteligentes que los niños delgados.....	7.3	30.9	61.8
10.2 Los niños con obesidad son peleoneros.....	34.5	49.1	16.4
10.3 Los niños con obesidad son buenos alumnos.....	7.4	40.7	51.9
10.4 Los niños con obesidad son irresponsables.....	35.2	37.0	27.8

4.6.3 Discusión y conclusiones

Los niños y niñas reportaron practicar frecuentemente hábitos saludables, aunque también mencionaron realizar *algunas veces* hábitos poco saludables. Asimismo, indicaron que la mayoría de las veces sus padres supervisan o fomenta estos hábitos.

Con respecto a las causas de la obesidad, los niños están más de acuerdo con las relacionadas con el control del individuo, en especial con la alimentación y el ejercicio, en comparación con aquellas causas que no implican controlabilidad, como la educación recibida en casa y la genética. Lo anterior concuerda con los resultados obtenidos en el Estudio 1, así como con otros estudios, en los cuales los alumnos de primaria consideran el comer en exceso y la falta de ejercicio como las principales o en ocasiones únicas causas de la obesidad (Johnson et al., 1994; Núñez 2007; Núñez-Rivas, et al., 2013), así como la atribución de un sentido de controlabilidad a esta condición (Babooram, et al., 2011).

Al elegir entre tres posibles causas de la obesidad, se reafirmó la preferencia por la alimentación y el ejercicio como causantes de esta enfermedad. Además, los participantes señalaron era indispensable llevar una alimentación saludable y realizar ejercicio para mantenerse sanos.

Asimismo, casi la mitad de los participantes consideró que la obesidad es una enfermedad, lo cual es similar a lo encontrado por Rendón et al. (2014) con niños de primaria mexicanos. Igualmente, los niños mencionan que el conocimiento por parte del individuo sobre la obesidad podría ayudarle a bajar de peso.

Por otra parte, no se encontró una tendencia con respecto a que los alumnos atribuyeran características negativas hacia los niños con obesidad, lo cual difiere con otros estudios, en los cuales los niños atribuyen en su mayoría características negativas a las personas con obesidad (Iobst, et al, 2009; Núñez, 2007; Turnbull, et al., 2000). Por el contrario, los participantes, especialmente los de peso normal, atribuyeron en mayor medida características positivas. Sin embargo, los participantes con sobrepeso y obesidad fueron quienes menos características positivas y menos características negativas atribuyeron.

4.7 ESTUDIO 3

4.7.1 Método

Participantes

Se seleccionaron, de manera intencional no-probabilística 161 alumnos (49.7% niñas) de una escuela primaria pública al norte Ciudad de México. Los alumnos cursaban el tercero (29.2%), cuarto (26.7%), quinto (16.1%) y sexto (28%) grados. La edad de los participantes tuvo un rango de 7 a 11 años, ($M = 9.32$, $DE = 1.23$). La media de edad de acuerdo al grado escolar fue para tercero de 7.91 años ($DE = .35$), para cuarto de 8.84 años ($DE = .43$), para quinto de 9.92 años ($DE = .27$) y para sexto de 10.91 años ($DE = .28$). De acuerdo con su Índice de Masa Corporal (IMC), el 43.5% de los estudiantes tenían peso normal, 30.4% sobrepeso y 26.1% obesidad.

Materiales

Se retomó el cuestionario presentado en el Estudio 2 y se le realizaron modificaciones. Dichas modificaciones consistieron en cambiar las opciones de respuestas de los ítems que evaluaban las posibles causas, el conocimiento y la atribución de características de una escala Likert de tres puntos, en la cual las caras significaban “sí”, “no sé” y “no”, por una escala Likert de cuatro puntos, donde la cara muy feliz correspondía a “definitivamente sí”, la cara feliz a “probablemente sí”, la cara triste a “probablemente no” y la cara muy triste a “definitivamente no”. Además, se cambiaron las opciones de respuestas del ítem que pide elegir una de las posibles causas de la obesidad presentadas (ver Figura 6), y del ítem que califica la concepción de la obesidad como enfermedad (ver Figura 7).

Asimismo, se eliminó el ítem que evaluaba la frecuencia del consumo de comida chatarra, debido a su parecido con el reactivo 1.4 “Como dulces entre las comidas”, así

como el ítem que preguntaba por tres cosas que tenían que hacer los niños para mantenerse sanos, por la similitud de las respuestas proporcionadas por los participantes, las cuales tendían hacia la alimentación.

De igual forma, se consideró no sólo utilizar la descripción niño o niña con obesidad en los ítems, sino también agregar niño obeso o niña obesa, para evitar influenciar en el sentido de culpa atribuida a la obesidad.

Aparte, se cambió la organización en la cual se presentaban los ítems, tratando de no intervenir en el reporte de los hábitos alimenticios y de actividad física, en los hábitos fomentados por los padres, en la atribución de características o en la concepción de la obesidad como una enfermedad. Los ítems mencionados anteriormente fueron presentados primero, seguidos de los ítems que evaluaban las posibles causas de la obesidad y el conocimiento por parte del niño obeso.

Igualmente, se reformularon algunos de los ítems que calificaban las posibles causas de la obesidad, con el fin de facilitar su comprensión. También, se agregaron de uno a dos ítems a cada una de las categorías causales antes presentadas, y se incorporó una nueva categoría causal llamada ambiente obesogénico, conformada por tres ítems. Por lo tanto, un total de 26 ítems evaluaron las posibles causas de la obesidad (ver Tabla 5).

Por otra parte, se adicionaron dos ítems que califican el conocimiento del niño con obesidad (ver Tabla 8) y se agregó un ítem a la atribución de características positivas y negativas. Estos últimos, quedaron conformados sólo por características positivas debido a que el director y los profesores de la escuela consideraron que los ítems con características negativas podrían generar burlas hacia los alumnos con obesidad (ver Tabla 9).

Para obtener el peso de los participantes, se utilizó una báscula estándar y para la estatura un estadímetro de pared.

Tabla 5

Ítems que componen las seis categorías causales.

Categoría causal	Ítems
Educación recibida en casa	<p>5.4 Los niños con obesidad viven con papás que les dan de comer comida chatarra.</p> <p>6.2 Algunos niños son obesos porque sus papás les dan comida que tiene mucha grasa.</p> <p>7.2 Muchos niños obesos aprendieron de sus papás a no comer frutas ni verduras.</p> <p>9.2 Los niños se vuelven obesos porque sus papás no les enseñan a hacer ejercicio</p> <p>10.4 Los papás de los niños con obesidad no se preocupan por darles comida saludable</p>
Genética	<p>5.2 Sin importar lo que coman, los niños con obesidad siempre serán obesos.</p> <p>6.3 Los niños con obesidad tienen una enfermedad que los volvió obesos.</p> <p>9.1 Los niños son obesos porque heredaron de sus padres los “genes que causan la obesidad”.</p> <p>9.4 Los niños con obesidad ya eran obesos cuando nacieron.</p>
Ambiente obesógeno	<p>9.3 Los niños son obesos porque en sus escuelas venden mucha comida chatarra.</p> <p>10.2 Los niños se vuelven obesos porque en las tiendas venden mucha comida chatarra.</p> <p>11.4 Los niños son obesos porque en la televisión pasan muchos anuncios de comida chatarra.</p>

- Voluntad**
- 5.3 Los niños obesos no quieren ser delgados.
 - 8.1 Los niños con obesidad podrían adelgazar si lo quisieran.
 - 10.1 Si los niños obesos lo quisieran, comerían menos.
 - 10.3 A los niños con obesidad les gusta hacer ejercicio.
 - 11.2 Los niños obesos comen a todas horas, aunque no tengan hambre.
- Alimentación**
- 5.1 Si los niños obesos comieran sano podrían adelgazar
 - 6.4 Los niños se vuelven obesos por comer mucho.
 - 7.3 Los niños se vuelven obesos porque comen comida con mucha grasa.
 - 8.3 Los niños se vuelven obesos porque toman muchos refrescos.
 - 11.1 Los niños con obesidad comen alimentos que son poco saludables.
- Ejercicio**
- 6.1 Los niños que no hacen ejercicio se vuelven obesos.
 - 7.4 Los niños con obesidad pasan varias horas al día viendo la televisión.
 - 8.4 Los niños con obesidad podrían adelgazar si hicieran ejercicio.
 - 11.3 Si los niños no hacen ejercicio se pueden volver obesos.
-

Procedimiento

Se informó al director y a los profesores de la escuela acerca de la presente investigación y se les mostró el cuestionario a aplicar, después de atender a sus sugerencias, se llevó a cabo la aplicación. Se contó con la presencia de dos aplicadores, así como con el apoyo del profesor del grupo. Al llegar al salón de clase, el profesor les pedía a los niños que suspendieran la actividad que estaban realizando y presentaba a los aplicadores. En seguida, uno de los aplicadores les explicaba a los niños que se encontraban realizando una investigación acerca de lo que piensan los niños y las niñas sobre la obesidad, por lo que solicitaba su ayuda para contestar el cuestionario. A continuación, se repartían los cuestionarios y se leía junto con los alumnos las instrucciones, recordándoles que era muy

importante que contestaran lo que ellos creían de manera individual y que no había respuestas correctas o incorrectas, además de mencionarles que si tenían alguna pregunta o necesitaban ayuda podían acercarse a alguno de los aplicadores. Posteriormente, se tomó el peso y estatura de cada participante. Los grupos estaban conformados por alrededor de 20 a 25 alumnos, y la aplicación tuvo una duración de 30 a 40 minutos aproximadamente.

4.7.2 Resultados

Hábitos

De acuerdo a lo reportado por los participantes con respecto a sus hábitos de alimentación y de actividad física (ver Tabla 6), alrededor de la mitad indica comer siempre frutas y verduras, así como comer a veces a la misma hora, mientras que la mayoría reporta no comer dulces entre comidas. Asimismo, a pesar de que más de la mitad de los niños dijo hacer siempre ejercicio, el 70.6% mencionó ver siempre o a veces la televisión.

Tabla 6

Porcentaje de respuestas de hábitos alimenticios y de actividad física (N = 161).

Cuando estoy en casa...	Siempre %	A veces %	Nunca %
1.1 Como frutas y verduras.....	47.2	52.2	0.6
1.2 Todos los días como a la misma hora.....	32.1	54.1	13.8
1.3 Paso mucho tiempo sentada viendo la televisión.....	17.5	53.1	29.4
1.4 Como dulces entre las comidas.....	3.1	25.0	71.9
1.5 Hago ejercicio (por ejemplo, corro, salto, nado, o juego a los atrapados).....	60.2	36.0	3.8

Por otra parte, una prueba U de Mann-Whitney encontró diferencias entre las respuestas de niñas y niños respecto al reactivo **1.3**, $Z = -2.398$, $p = .016$. Obteniendo las niñas un rango promedio más alto (88.45) que el de los niños (72.55). Es decir, las niñas reportan ver con menos frecuencia la televisión en comparación con los niños.

De igual forma, una prueba Kruskal-Wallis encontró diferencias en las respuestas respecto al IMC en el ítem **1.1**, $\chi^2(2, 161) = 6.628$, $p = .036$. Siendo el rango promedio más alto el de los participantes clasificados como normal (90.36), en comparación con los de sobrepeso (73.65) y obesidad (73.98), lo cual indica que los niños con peso normal reportan comer con mayor frecuencia frutas y verduras en comparación con los niños con sobrepeso y obesidad. La misma prueba no encontró diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas de los cuatro grados escolares ($p > .05$).

Con respecto a los hábitos de alimentación y de actividad física fomentados o supervisados por los padres de familia (ver Tabla 7), la mayoría de los niños indica comer siempre con sus padres y más de la mitad menciona que supervisan lo que comen, sin embargo, el 77.6% dice consumir siempre o a veces refresco en la comida. Además, casi la mitad de los niños reporta que sus padres hablan con ellos acerca de la importancia de hacer ejercicio.

Tabla 7

Porcentaje de respuestas de la supervisión de los padres hacia los hábitos alimenticios y de ejercicio (N = 161).

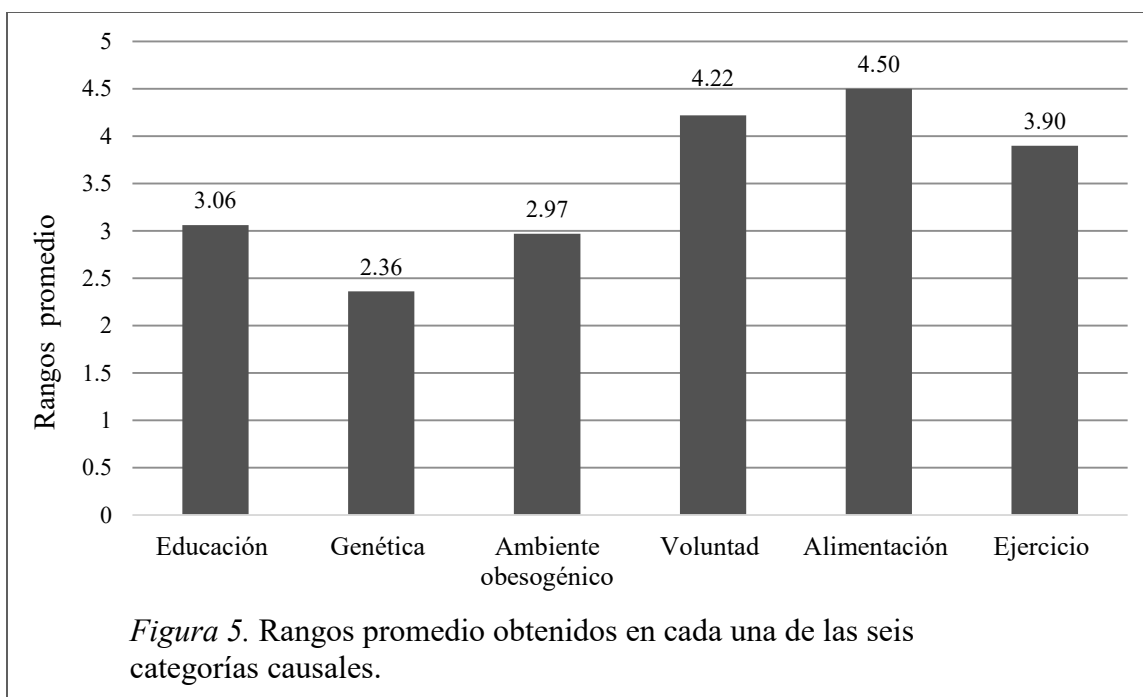
	Siempre	A veces	Nunca
	%	%	%
3.1 Mis papás vigilan la comida que como.....	58.8	26.2	15.0
3.2 Mis papás hablan conmigo sobre la importancia de hacer ejercicio.....	44.4	39.4	16.2
3.3 En las comidas acostumbramos tomar refrescos.....	11.1	66.5	22.4
3.4 Mis papás se sientan a comer conmigo.....	80.7	17.4	1.9

Asimismo, al realizar una prueba U de Mann-Whitney no se encontraron diferencias significativas entre las respuestas de niños y niñas. Por su parte, la prueba de Kruskal-Wallis tampoco encontró diferencias significativas entre las respuestas de acuerdo al grado escolar o al IMC ($p > .05$).

Causas de la obesidad

Para poder explorar la distribución de las categorías causales, se promediaron los ítems correspondientes a cada categoría obteniendo un puntaje total. Una prueba de Friedman mostró que existen diferencias significativas en los rangos promedios de las seis categorías causales, $\chi^2(5, 161) = 155.877, p > .001$.

Por lo tanto, los niños tendieron a estar más de acuerdo con las causas relacionadas con la alimentación, la voluntad y el ejercicio en comparación con la educación recibida por en casa, el ambiente obesogénico y la genética.



De igual forma, se conjuntaron las causas “educación”, “genética” y “ambiente obesogénico” en la dimensión No-controlable y las causas “voluntad”, “alimentación” y “ejercicio” en la dimensión Controlable. Se realizó una prueba ANOVA multivariada de 4 (grado escolar) x 2 (sexo) x 3 (IMC) como factores fijos y las dimensiones No-controlable y Controlable como variables dependientes. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la dimensión Controlable y el grado escolar, $F(3,161) = 5.028$, $p = .003$. Una prueba post hoc con el ajuste de Bonferroni mostró que las diferencias se encuentran entre tercero y quinto grados, $p < .001$, IC 95% [-.6758, -.1390], así como entre tercero y sexto grados, $p = .005$, IC 95% [-.5362, -.0675]. Es decir, que los participantes de mayor edad están más de acuerdo con las causas controlables en comparación con los participantes de menor edad. No se encontraron diferencias en ninguna de las interacciones.

Una prueba t para muestras relacionadas encontró diferencias entre las dimensiones Controlable ($M = 2.82$, $DE = .424$) y No-controlable ($M = 2.38$, $DE = .458$), $t(152) = -11.143$, $p < .001$. Es decir, los participantes de los cuatro grados ponderan las causas de la dimensión Controlables sobre las de la dimensión No-controlables, en otras palabras, parece que la obesidad es un asunto de controlabilidad.

Por otra parte, se realizaron pruebas de Kruskal-Wallis para conocer si existían diferencias entre cada una de las seis posibles causas de la obesidad y las respuestas de acuerdo al IMC. Se encontraron únicamente diferencias estadísticamente significativas entre la causa de ejercicio y el IMC, $X^2(2, 161) = 12.990$, $p = .002$, en la cual el rango promedio de los participantes con sobrepeso fue el más alto (100.30), seguido por el de los participantes con sobrepeso (80.18) y en último lugar el de los participantes con peso normal (67.99). Esto podría indicar que los niños y niñas obesos están más de acuerdo al considerar la falta de ejercicio como causa de la obesidad en comparación con los niños con peso normal.

En relación, con los conocimientos del niño obeso acerca de las consecuencias de la obesidad infantil (ver Tabla 8), la mayoría de los participantes reportaron que *definitivamente sí* y *probablemente sí*, los niños obesos conozcan sobre los problemas de salud relacionados con la obesidad (69%) y con las consecuencias de comer comida no saludable (62.8%), mientras que la mitad considera que si los niños obesos supieran que la obesidad es mala harían más ejercicio.

Tabla 8

Porcentaje de respuestas sobre el conocimiento del niño con obesidad (N = 161).

	Definitivamente sí %	Probablemente sí %	Probablemente no %	Definitivamente no %
5.5 Los niños obesos saben que la obesidad les puede causar problemas de salud.....	37.9	31.1	19.9	11.1
7.1 Si los niños obesos supieran que la obesidad es mala, harían más ejercicio.....	50.9	38.5	5.6	5.0
8.2 Los niños obesos saben lo que les puede pasar por comer mucha comida chatarra.....	31.1	31.7	26.7	10.5

Por su parte, una prueba U de Mann-Whitney no encontró diferencias significativas entre las respuestas de los y las participantes. Igualmente, una prueba de Kruskal-Wallis no encontró diferencias entre las respuestas de acuerdo al IMC. Sin embargo, la prueba antes mencionada mostró diferencias significativas entre las respuestas por grado, $\chi^2(3, 161) = 19.111, p < .001$. Siendo el rango promedio más alto el de los participantes de cuarto grado (99.74), seguido por los de sexto (88.64), quinto (75.94) y en último lugar los de tercero (59.33). Lo anterior, podría indicar que los niños de cuarto, quinto y sexto consideran en mayor medida que los niños obesos saben que la obesidad trae consigo complicaciones, en comparación con los niños de tercer grado.

Con respecto a la preferencia sobre alguna de las cuatro causas presentadas, una prueba Chi cuadrada encontró diferencias en la proporción de elección de estas causas, $\chi^2(3,161) = 139.447, p < .001$. Como puede verse en la Figura 6, más de la mitad de los participantes piensa que la falta de conocimiento sobre la obesidad está relacionada con el desarrollo de la misma. Asimismo, el 23% de los niños eligió la educación recibida en casa en segundo lugar, mientras que las causas relacionadas con la genética y la voluntad fueron las menos preferidas.

12. Estos niños están platicando sobre por qué los niños sufren de obesidad.

Encierra en un círculo al niño que piensa lo mismo que tú, o que dice lo más parecido a lo que tú dirías. Sólo encierra uno de ellos.

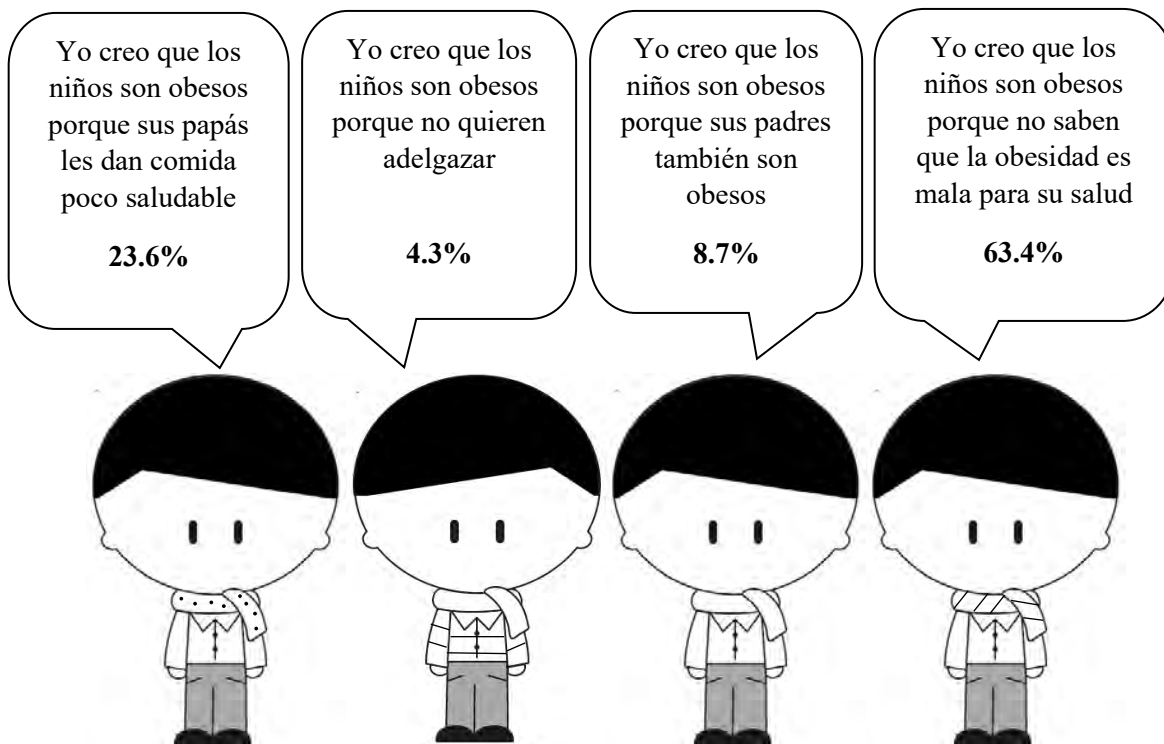


Figura 6. Porcentajes de respuestas en la elección de una de las posibles causas de la obesidad infantil

De igual forma, se encontraron diferencias significativas entre la proporción de los participantes que consideraban la obesidad como enfermedad y los que no, $\chi^2(1, 161) = 8.503, p = .004$. De acuerdo a la figura 7, los niños respondieron en mayor proporción que la obesidad sí es una enfermedad (61.5%) en comparación con los que respondieron que no (38.5%). Además, una prueba Chi cuadrada mostró diferencias entre la concepción de la

obesidad como una enfermedad y el grado escolar, $\chi^2(3, 161) = 9.294, p = .026$. Siendo los niños de tercer grado los que en mayor proporción consideraron que la obesidad no era una enfermedad (16.3%) en comparación con los de cuarto (9.9%), quinto (3.7%) y sexto (8.6%) grados.

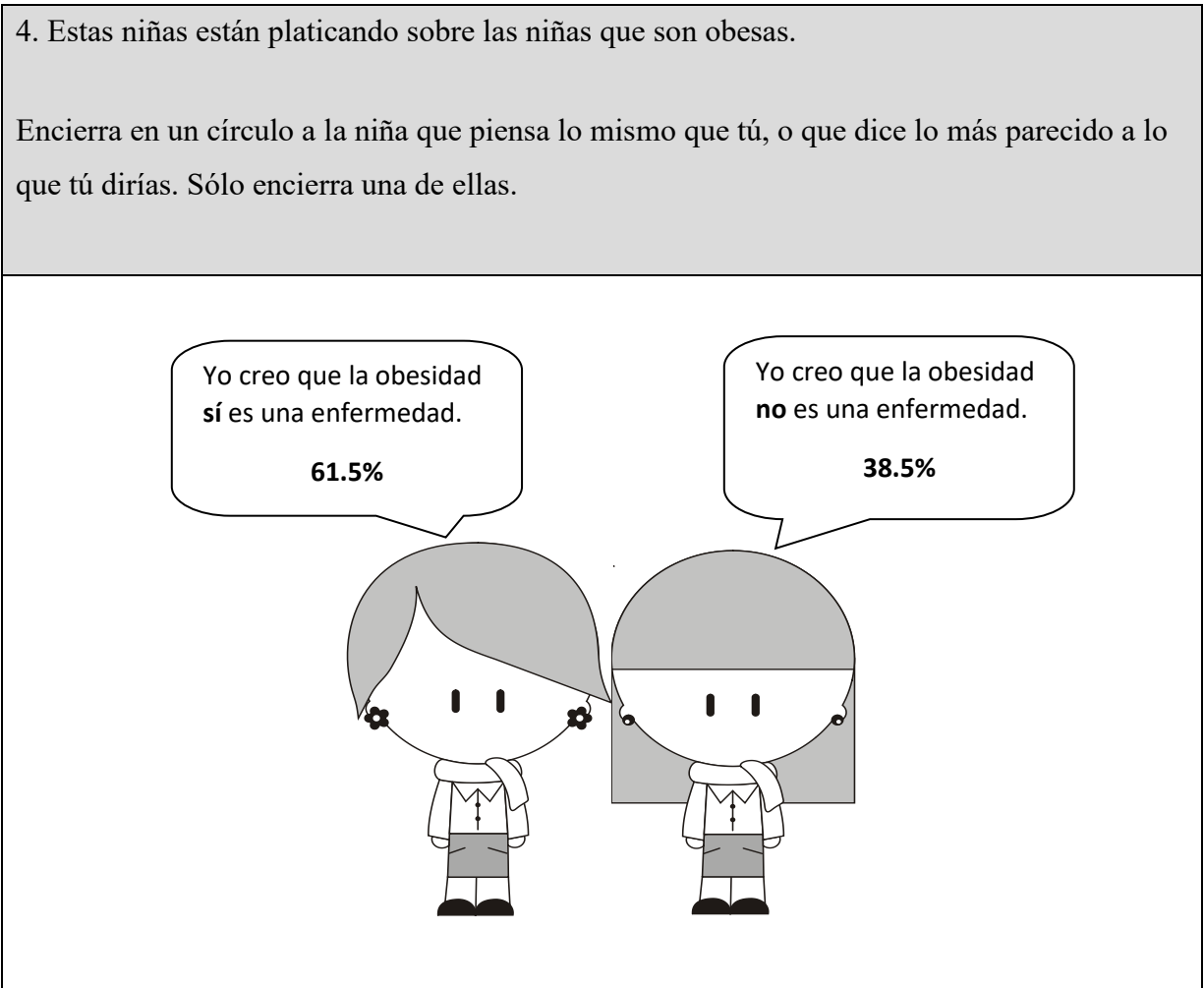


Figura 7. Porcentajes de respuestas sobre la concepción de la obesidad como una enfermedad.

Atribución de características positivas

Alrededor de la mitad de los participantes reportó que los niños obesos *probablemente sí* eran inteligentes, trabajadores, buenos alumnos y responsables. Sin embargo, al evaluar si tenían muchos amigos, el 56.5% consideraba que *definitivamente sí* o *probablemente sí*, mientras que el 43.5% dijo que *probablemente no* o *definitivamente no*.

Tabla 9

Porcentaje de respuestas de atribución de características positivas (N = 161).

	Definitivamente sí %	Probablemente sí %	Probablemente no %	Definitivamente no %
2.1 Los niños obesos son inteligentes.....	23.0	55.3	14.3	7.4
2.2 Los niños obesos tienen muchos amigos.....	19.9	36.6	34.2	9.3
2.3 Los niños obesos son trabajadores.....	24.4	51.8	16.3	7.5
2.4 Los niños obesos son buenos alumnos.....	30.4	47.8	19.9	1.9
2.5 Los niños obesos son responsables.....	21.7	52.3	16.1	9.9

Igualmente, una prueba U de Mann-Whitney no encontró diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas de las y los participantes. Además, una prueba de Kruskal-Wallis tampoco encontró diferencias entre las respuestas de acuerdo al grado, ni de respecto al IMC ($p > .05$).

4.7.3 Discusión y conclusiones

Los participantes reportaron seguir tanto buenos como malos hábitos con respecto a la alimentación y la actividad física, además de indicar la supervisión y fomento de sus padres en estos hábitos. Asimismo, se encontró que las niñas pasan menos tiempo viendo la televisión en comparación con los niños, y que los participantes con peso normal consumen más frutas y verduras en contraste con los que padecen obesidad.

En relación a las causas de la obesidad, al igual que en el Estudio 2, los niños estuvieron más de acuerdo con las causas correspondientes a la dimensión Controlable (alimentación, ejercicio y voluntad), además los participantes de quinto y sexto grado reportaron preferir en mayor medida estas causas en comparación con los participantes de tercer grado. Lo anterior, podría dar indicios respecto a que a mayor edad los niños responsabilizan más a los sujetos con obesidad por su condición.

Por otra parte, también se encontró que los niños con obesidad están más de acuerdo con la causa de ejercicio en contraste con los niños con peso normal. Esto concuerda con lo demostrado por McFerran y Mukhopadhyay (2013), donde las personas que atribuían la obesidad al factor de ejercicio en lugar de al factor alimentación, presentaban IMC más altos, tendiendo al sobrepeso o la obesidad. Sin embargo, no se encontraron diferencias con respecto a la preferencia de la causa de alimentación entre las respuestas de acuerdo al IMC.

Cabe destacar, que a diferencia del Estudio 1, la causa de voluntad en esta ocasión mostró ser mayormente preferida.

Con respecto al conocimiento del niño obeso sobre la obesidad, los participantes muestran opiniones contradictorias, debido a que consideran que los niños obesos si

conocen los problemas de salud que la obesidad ocasiona, en contraste con que los niños son obesos porque desconocen el daño a la salud que esta puede provocar.

Debido a las condiciones solicitadas por la escuela, los participantes únicamente podían atribuir características positivas a los niños con obesidad, lo cual pudo conducir a que la mayoría de los participantes estuviera de acuerdo con que los niños y niñas con obesidad eran inteligentes, trabajadores, buenos alumnos y responsables. No obstante, no se presentó una tendencia hacia el acuerdo al tener que indicar si los niños con obesidad tenían muchos amigos, esto podría señalar que los participantes tienen en cuenta que una de las consecuencias psicosociales de la obesidad es la exclusión social (Babooram, et al., 2011; Booth, et al., 2000; Fielden, et al., 2011).

Las modificaciones realizadas al cuestionario permitieron conocer de mejor manera la tendencia de las respuestas de los niños sobre el impacto de las causas de la obesidad, así como profundizar en otras áreas al agregar nuevos ítems relacionados con las causas, conocimiento o atribución de características de la obesidad.

CAPÍTULO V

Discusión y conclusiones

La obesidad infantil se ha convertido en uno de los problemas de salud más importantes en la actualidad, debido a su acelerado crecimiento y por las consecuencias de salud y económicas que conlleva. Conocer las ideas de los niños acerca de esta problemática puede contribuir al desarrollo de estrategias más eficaces para combatir esta enfermedad.

En la presente investigación, los niños prefirieron las causas que están bajo el control del sujeto (alimentación, ejercicio y voluntad), en comparación con aquellas causas que no dependen de él (genética, ambiente obesogénico y educación recibida en el hogar). De acuerdo a Sigelman y Begley (1987), esta tendencia a considerar la obesidad como controlable, conlleva a que los niños responsabilicen y culpen a sus pares obesos por su condición, además de generarles una imagen negativa que provoca que sean excluidos o tratados de mala manera (Barnett, et al, 2010). La idea de la controlabilidad también influye en la concepción de las soluciones que los niños le brindan a esta problemática, ya que en las entrevistas los niños consideran que al invertir los malos hábitos alimenticios y de ejercicio por hábitos saludables, la persona dejaría de tener obesidad. Por otra parte, de acuerdo a Barnett, et al. (2012) cuando los niños perciben que sus compañeros desean cambiar y hacen un esfuerzo por lograrlo son percibidos más favorablemente, sin embargo, en los cuestionarios los participantes indicaron que consideran que los niños padecen obesidad por su poca voluntad para cambiar. Por lo tanto, estas creencias guiarán la forma en que los niños tratarán a sus compañeros con obesidad. No obstante, a diferencia de los presentado en otros estudios (Cramer & Steinwert, 1998; Harringer, et al., 2010; Margulies, et al., 2008; Palmer & Rutland, 2011), los participantes no atribuyeron características negativas a los niños con obesidad, sin embargo, en las entrevistas algunas de las respuestas dejaban entrever opiniones negativas, por ejemplo: los niños obesos son lentos, no les gustaba hacer ejercicio o son flojos. Estos resultados son un tanto contradictorios, ya que se esperaría que al considerar la obesidad como algo controlable los participantes tendieran a estigmatizar a los niños obesos, y culparlos por su condición. No obstante, es posible que debido a la deseabilidad social los niños no calificaran negativamente a los niños obesos, por lo que es posible que otro tipo de tareas podría reflejar de manera más adecuada esta tendencia.

No se encontraron diferencias entre las ideas de los niños y las niñas, no obstante, las ideas de éstos y éstas de acuerdo al grado o la edad mostraron que la concepción sobre las causas de la obesidad se vuelve más compleja. Los participantes de mayor edad lograron incorporar la influencia de los padres en la alimentación de los hijos y del entorno escolar en el desarrollo de la obesidad, además de considerar que el conocimiento acerca de la obesidad podría ayudar a la solución de la misma. Cabe aclarar que, en los cuestionarios, los participantes mostraron confusión con respecto a considerar que los niños con obesidad sabían de los riesgos de la misma o si los niños tenían obesidad porque desconocían estos riesgos. Asimismo, se observó que los niños mayores estuvieron más de acuerdo con las causas que implicaban controlabilidad.

En relación con considerar la obesidad como una enfermedad, cerca de la mitad de los niños parecen estar de acuerdo con ello. Sin embargo, en las entrevistas, los participantes de mayor edad identificaron la obesidad como una enfermedad que provoca que tengas otras enfermedades. Este resultado quizás sugiera que los niños no clasifican la obesidad como una enfermedad, ya que si lo hicieran probablemente aceptarían en mayor medida la influencia de factores biológicos o genéticos, como se reporta en el estudio realizado por Tomaya (2016), en el cual los niños consideran que las enfermedades no contagiosas son causadas por factores genéticos. Asimismo, Núñez (2007) menciona que los niños describen la obesidad como una característica física, es decir, una forma o tipo de cuerpo no deseable. Aceptar la obesidad como una enfermedad podría evitar que se responsabilice al sujeto que la padece y, por consiguiente, se le dejen de atribuir características negativas sólo por su condición. Además, identificarla como una enfermedad, ayudaría a que se tomaran en cuenta con mayor seriedad las consecuencias relacionadas con problemas salud y no sólo las psicosociales, así como la necesidad de recibir un tratamiento por parte de profesionales de la salud. Igualmente, se debe trabajar con las ideas que tienen los profesionales de la salud sobre los pacientes con obesidad, ya que estos pueden contribuir a brindarles información errónea o incompleta, así como proporcionarles ayuda inadecuada al creer que no cumplirán con su tratamiento.

Los niños son parcialmente responsables de su alimentación, ya que dependen de sus padres, quienes proveen los alimentos y les enseñan o transmiten patrones de alimentación, por lo tanto, es fundamental que los programas para tratar la obesidad infantil

se enfoquen o incluyan la participación de los padres de familia. Enseñándoles a reconocer cuando su hijo tiene sobrepeso u obesidad, acerca de las porciones y tipo de comida que les pueden proporcionar y ayudándolos a fomentar estilos de vida más saludables, incluyendo el de ellos mismos.

Asimismo, la escuela puede fungir como un medio protector contra la obesidad para los niños, al revisar temas relacionadas con llevar una alimentación saludable y practicar actividad física, proporcionar alimentos nutritivos y promover el ejercicio (Waters, et al., 2011; como se cita en OMS, 2016a). Es importante que se capacite y brinde ayuda al personal escolar para llevar a cabo adecuadamente estas actividades, así como trabajar con las ideas que ellos tienen sobre la obesidad para que, a su vez, puedan trabajar los temas de mejor manera con los alumnos. En especial debería de trabajarse con los profesores de educación física, ya que estos muestran estar más de acuerdo con las causas relacionadas con la controlabilidad de la obesidad, lo cual los lleva a estigmatizar a los niños obesos y brindarles menos oportunidades para incorporarse a las clases de educación física, evitando fomentar en ellos el gusto por el ejercicio.

Con respecto a las acciones realizadas por el gobierno mexicano para combatir la obesidad, es recomendable realizar modificaciones que incluyan la opinión del público al cual van dirigidas, lo cual permitirá que estas medidas puedan ser implementadas en la vida cotidiana de los participantes.

Por otra parte, hace falta indagar acerca de los procesos involucrados en el balance energético de la obesidad, por ejemplo, cómo es que la comida hace que alguien engorde, cómo el ejercicio puede hacer que se pierda peso o como se relacionan la ingesta de alimentos con el ejercicio realizado. Además, es recomendable examinar con mayor profundidad la concepción de la obesidad como enfermedad por parte de los niños, utilizando otro tipo de tareas, que permitan conocer que aspectos de la obesidad se relacionan con la enfermedad, cómo se clasificaría la obesidad si se llega a considerar una enfermedad y qué cuidados o tratamientos conllevaría.

Una de las limitantes del estudio tiene que ver con la generalización de los hallazgos, ya que los cuestionarios fueron aplicados en dos escuelas primarias con situaciones demográficas similares, además de que no se incluyó la participación de los alumnos de todos los grados correspondientes a nivel primaria.

REFERENCIAS

- Acosta-Hernández, M. E., Gasca-Pérez, E., Ramos-Morales, F. R., García-Rodríguez, R. V., Solís-Páez, F., Evaristo-Portilla, G. & Soto-Cid, A. H. (2013). Factores, causas y perspectivas de la obesidad infantil en México. *Revista Médica UIS*, 26(1), 59-68.
- Anzman, S. L., Rollins, B. Y. & Birch, L. L. (2010). Parental influence on children's early eating environments and obesity risk: implications for prevention. *International Journal of Obesity* 34, 1116-1124.
- Ávila-Ortiz, M. N., Castro-Sánchez, A. E., & Zambrano-Moreno, A. (2016). Mexican mothers' perceptions of their child's body weight. *Health and social care in the community*, 25(2), 569-577.
- Babooram, M., Mullan, B. & 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.
- Bacardí-Gascón, M., Díaz-Ramírez, G., Cruz, L. B., López, Z. E. & Jiménez-Cruz, A. (2013). TV food advertisements' effect on food consumption and adiposity among women and children in Mexico. *Nutrición Hospitalaria*, 28(6), 1900-1904.
- Bacardí-Gascón, M., Leon-Reyes, M. J. & Jiménez-Cruz, A. (2007). Stigmatization of overweight mexican children. *Child psychiatry and human development*, 38(2), 99-105.
- Bar, A., Oscherov, E. & Milano, A. (2009). Hábitos y creencias sobre parásitos y enfermedades parasitarias de Santa Ana de los Guácaras, Corrientes, Argentina. *Boletín de Malariología y Salud Ambiental*, 49(1), 127-133.
- Barnett, M., Livengood, J., Sonnentag, T., Barlett, N. & Witham, R. (2010). Children's anticipated responses to hypothetical peers with undesirable characteristics: Role of peers' desire to change, effort to change, and outcome. *The Journal of Genetic Psychology*, 171(3), 262-269.
- Barquera, C. S., Pedroza, T. A., Medina, G. C., Campos, N. I. & Riviera, D. J. (2015). Diabetes en México: epidemiología, entorno y bases para una política de estado enfocada en la prevención. En M. E. Medina-Mora, A. Martínez & G. Soberón

- (coords.), *Padecimientos relacionados con las conductas de riesgo* (pp. 51-64). México, DF: El Colegio Nacional.
- Bell, S. y Morgan, S. (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.
- Benloch, M. (1997). Cambio y persistencia conceptual investigación sobre ideas intuitivas. En M. Benloch (Ed.), *Desarrollo cognitivo y teorías implícitas en el aprendizaje de las ciencias* (pp. 71-95). Madrid: Visor.
- Berryman, D. E., Dubale, G. M., Manchester, D. S. & Mittelstaedt, R. (2006). Dietetics students possess negative attitudes toward obesity similar to nondietetics students. *Journal of the American Dietetic Association*, 106(10), 1678-1682.
- Booth, M., Wilkenfeld, R., Pagnini, D., Booth, S. & King, A. (2008). Perceptions of adolescents on overweight and obesity: The weight of opinion study. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 44, 248-252.
- Bouchard, C. (2009). Childhood obesity: are genetic differences involved?. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 89, 1494S-1501S.
- 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.
- Brown, R. & Ogden, J. (2004). Children's eating attitudes and behaviour: a study of the modeling and control theories of parental influence. *Health Educational Research*, 19(3), 261-271.
- Campos-Navarro, R., Torrez, D. & Arganis-Juárez, E. (2002). Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas. Un estudio en la Ciudad de México. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (5), 1271-1279.
- Campos, R. N. & Reyes, L. I. (2014). Preferencias alimentarias y su asociación con alimentos saludables y no saludables en niños de preescolares. *Acta de Investigación Psicológica*, 4(1), 1385-1397.
- Carey, S. (1985). *Conceptual change in childhood*. Cambridge, MA: MIT Press.

- Carey, S. (1991). Knowledge acquisition: Enrichment or conceptual change? En S. Carey & Gelman, R. (Eds.), *The epigenesis of mind: Essays on biological and cognition* (pp. 257-291). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Carnell, S., Edwards, C., Croker, H., Boniface, D. & Wardle, J. (2005). Parental perceptions of overweight in 3-5 y olds. *International Journal of Obesity*, 29, 353-355.
- Castro, A. M., Toledo-Rojas, A. A., Macedo-De La Concha, L. E. & Inclán-Rubio, V. (2012). La obesidad infantil, un problema de salud multisistémico. *Revista Médica del Hospital General de México*, 75(1), 41-49.
- Código de autorregulación de publicidad para alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida al público infantil [PABI] (2009). Recuperado de http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/codigo_pabi.pdf
- Collins, M. E. (1991). Body figure perceptions and preferences among preadolescent children. *International Journal of Eating Disorders*, 10(2), 199-208.
- Collipal, E., Silva, H., Vargas, R. & Martínez, C. (2006). Significado de la Obesidad para los Adolescentes de Temuco-Chile. *International Journal of Morphology*, 24(2), 259-262.
- Covic, T., Roufeil, L. & Dziurawiec, S. (2007). Community beliefs about childhood obesity: its causes, consequences and potential solutions. *Journal of Public Health*, 29(2), 123-131.
- Cramer, P. & Steinwert, T. (1998). Thin is good, fat is bad: How early does it begin?. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 19(3), 429-451.
- Crawford, D., Timperio, A., Telford, A. & Salmon, J. (2006). Parental concerns about childhood obesity and the strategies employed to prevent unhealthy weight gain in children. *Public Health Nutrition*, 9(7), 889-895.
- Dar-Nimrod, I., Cheung, B. Y., Ruby, M. B. & Heine, S. J. (2014). Can merely learning about obesity genes affect eating behavior?. *Appetite*, 81, 269-276.
- Dávila-Torres, J., González-Izquierdo, J. J. & Barrera-Cruz, A. (2015). Panorama de la obesidad en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(2), 240-249.

- De Onis, M. D., Onyango, A. W., Borghi, E., Siyam, A., Nishida, C., & Siekmann, J. (2007). Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World health Organization*, 85(9), 660-667.
- Del Barrio M. C. (1990). *La comprensión infantil de la enfermedad: Un estudio evolutivo*. Barcelona: Anthropos.
- Dienes, Z. & Perner, J. (1999). A theory of implicit and explicit knowledge. *Behavioral and Brain Sciences*, 22, 735-808.
- Durá, T. T. (2006). Influencia de la educación nutricional en el tratamiento de la obesidad infanto-juvenil. *Nutrición Hospitalaria*, 21(3), 307-312.
- Durá, T. T. & Sánchez-Valverde, F. (2005). Obesidad infantil: ¿un problema de educación individual, familiar o social?. *Acta Pediatría Española*, 63, 204-207.
- Ebbeling, C. B., Pawlak, D. B. & Ludwig, D. S. (2002). Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *The Lancet*, 360, 473-482.
- 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).
- Flatt, J. P. (2011). Issues and misconceptions about obesity. *Obesity Journal*, 19(4), 676-686.
- Flores-Peña, Y., Camal-Ríos, N. Y. & Cerda-Flores, R. M. (2011). Evaluación de la percepción materna del peso del hijo y de la heredabilidad del IMC en diadas mestizas del Sureste de México. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 61(4), 389-395.
- Fortune, G., Barrowclough, C. & Lobban, F. (2004). Illness representations in depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 347-364.
- Gelman, S. (1996). Concepts and theories. En R. Gelman & T. Au (Eds.), *Perceptual and Cognitive Development* (pp. 117-150). San Diego: Academic Press.
- Gelman, S. & Wellman, H. (1999). Insides and essences: Early understanding of the non-obvious. En E. Margolis & S. Laurence (Eds.), *Concepts: Core Readings* (pp. 613-637). Cambridge MA: MIT Press.

- Gómez, C. M. & Pozo, J. I. (2001). La consistencia de las teorías sobre la naturaleza de la materia: Una comparación entre las teorías científicas y las teorías implícitas. *Infancia y Aprendizaje*, 24 (4), 441-459.
- Gómez, S. & Marcos, A. (2006). Intervención integral en la obesidad del adolescente. *Revista Médica Universidad Navarra*, 50(4), 23-25.
- Gray, S. E. & Rutter, D. R. (2007). Illness representations in young people with Chronic Fatigue Syndrome. *Psychology and Health*, 22(2), 159-174.
- Greenleaf, C. & Weiller, K. (2005). Perceptions of youth obesity among physical educators. *Social Psychology of Education*, 8, 407-423.
- Guevara-Cruz, M., Serralde-Zúñiga, A. E., Vázquez-Vela, M. E., Blancas-Galicia, L. & Islas-Ortega, L. (2012). Association between maternal perceptions and actual nutritional status for children in a study group in Mexico. *Nutrición Hospitalaria*, 27(1), 209-212.
- 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, 1465-1471.
- Harringer, J. A., Calogero, R. M., Witherington, D. C. & Ellen-Smith, J. (2010). Body size stereotyping and internalization of the thin ideal in preschool girls. *Sex Roles*, 63, 609-620.
- Hebl, M. R., Ruggs, E. N., Singletary, S. L. & Beal, D. J. (2008). Perceptions of obesity across the lifespan. *Obesity*, 16(2), S46-S52.
- Hesketh, K., Waters, E., Green, J., Salmon, L., & Williams, J. (2005). Healthy eating, activity and obesity prevention: a qualitative study of parent and child perceptions in Australia. *Health promotion international*, 20(1), 19-26.
- Hirschler, V., González, C., Cemente, G., Talgham, S., Petticchio, H. & Jadzinsky, M. (2006). ¿Cómo perciben las madres de niños de jardín de infantes a sus hijos con sobrepeso?. *Archivos argentinos de pediatría*, 104(3), 221-226.
- Iobst, E. A., Ritchey, P. N., Nabors, L. A., Stutz, R., Ghee, K. & Smith, D. T. (2009). Children's acceptance of a peer who is overweight: relations among gender, age and blame for weight status. *International Journal of Obesity*, 33, 736-742.

- Jáuregui, L. I., López, P. I., Montaña, G. M. & Morales, M. M. (2008). Percepción de la obesidad en jóvenes universitarios y pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 23(3), 226-233.
- 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, 84-91.
- Jiménez-Cruz, A., Escobar-Aznar, Y., Castillo-Ruiz, O., Gonzalez-Ramirez, R. & Bacardí-Gastón, M. (2012). Beliefs about causes and consequences of obesity among women in two mexican cities. *Journal of health, population, and nutrition*, 30(3), 311-316.
- 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?. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15(4), 239-247.
- Keil, F. C. (2006). Explanation and understanding. *Annual Review of Psychology*, 57, 227-254.
- Keil, F. C. & Wilson, R. (2000). Explaining explanation. En F. C. Keil & R. A. Wilson (Eds.), *Explanation and Cognition* (pp. 1-18). Cambridge, MA: MIT Press.
- Keil, F. C. & Silberstein, C. S. (1996). Schooling and the acquisition of theoretical knowledge. En D. Olson & N. Torrance (Eds.), *The Handbook of Education and Human Development* (pp. 621-645). Oxford: Blackwell.
- Keil, F. C., Levin, D. T., Richman, B. A. & Guthiel, G. (1999). Mechanism and explanation in the development of biological thought: The case of disease. En D. L. Medin & S. Atran (Eds.), *Folkbiology* (pp. 285- 319). Cambridge, MA: MIT Press.
- León-Sánchez, R. & Barrera, K. (2009). *Las ideas de los niños sobre el mundo biológico*. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- León-Sánchez, R., Jiménez, B., López, A. & Barrera, K. (2014). Ideas sobre las causas de la obesidad en estudiantes universitarios mexicanos y españoles. *Enseñanza e investigación en psicología*, 19(1), 149-164.

- Liria, R. (2012). Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: un problema que requiere atención. *Revista Peruana Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(3), 357-360.
- López, M. A. (1996). Las teorías intuitivas en medicina. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 49(1), 111-125.
- Luna-Rojas, J. A., Colín-Barrios, A., Domínguez-Hernández, V., Hernández-Guzmán, M. S. & Martínez-Escobar, M. D. (2011). Conocimiento de autocuidado para la prevención de la obesidad en escolares de 9 a 12 años. *Revista CONAMED*, 16(Supl 1), S12-S16.
- Margulies, A. S., Floyd, R. G., & Hojnoski, R. L. (2008). Body size stigmatization: an examination of attitudes of african american preschool-age children attending head start. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(5), 487-496.
- Martínez-Aguilar, M., Flores-Peña, Y., Rizo-Baeza, M., Aguilar-Hernández, R., Vázquez-Galindo, L. & Gutiérrez-Sánchez, G. (2010). Percepciones de la obesidad de adolescentes obesos estudiantes del 7° al 9° grado residentes en Tamaulipas, México. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(1), 48-53.
- McAllister, E. J., Dhurandhar, N. V., Keith, S. W., Aronne, L. J., Barger, J., Baskin, M., ... & Allison, D. B. (2009). Ten putative contributors to the obesity epidemic. *Critical reviews in food science and nutrition*, 49(10), 868-913.
- McFerran, B. & Mukhopadhyay, A. (2013). Lay theories of obesity predict actual body mass. *Psychological Science*, 24(8), 1428-1436.
- Meléndez, G. (2015). Obesidad. Genética de enfermedades metabólicas en familias mexicanas. En M. E. Medina-Mora, A. Martínez & G. Soberón (coords.), *Padecimientos relacionados con las conductas de riesgo* (pp. 13-32). México, DF: El Colegio Nacional.
- Mercado, P., & Vilchis, G. (2013). La obesidad infantil en México. *Alternativas en Psicología*, 17(28), 49-57.
- Murphy, G. (2000). Explanatory concepts. En F. C. Keil y A. R. Wilson (Eds.), *Explanation and Cognition* (pp. 361-392). Cambridge, MA: MIT Press.

- Murphy, G. & Medin, D. (1985). The role of theories in conceptual coherence. En E. Margolis y S. Laurence (Eds.), *Concepts: Core readings* (pp. 425-458). Cambridge, MA: MIT Press.
- Myers, S., & Vargas, Z. (2000). Parental perceptions of the preschool obese child. *Pediatric Nursing*, 26(1), 23-30.
- 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.
- Nguyen, S. P. (2008). Children's evaluative categories and inductive inferences within the domain of food. *Infant and Child Development*, 17(3), 285-299.
- Núñez, R. H. (2007). Las creencias sobre obesidad de estudiantes de la educación general básica. *Revista Educación*, 31(1), 145-164.
- Núñez, R. H., Campos, S. N., Alfaro, M. F. & Holst, S. I. (2013). Las creencias sobre la obesidad de niños y niñas en edad escolar y las de sus progenitores. *Revista Actualidades Investigativas en Educación*, 13(2), 1-30.
- Núñez-Rivas, H. P., Campos-Saborío, N., Holst-Schumacher, I. & Alfaro-Mora, F. V. (2013). Las creencias de la docente de educación física sobre la obesidad en la niñez de edad escolar. *Revista electrónica educare*, 17(2), 5-30.
- Ogden, J., & Clementi, C. (2010). The experience of being obese and the many consequences of stigma. *Journal of Obesity*. Recuperado de <https://www.hindawi.com/journals/job/2010/429098/>
- 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(1), 72-78.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO Consultation, WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud (2016a). Enfoques poblacionales de la prevención de la Obesidad Infantil. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250751/1/9789243504780-spa.pdf?ua=1>

- Organización Mundial de la Salud (2016b). Informe de la comisión para acabar con la obesidad infantil. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206450/1/9789243510064_spa.pdf?ua=1
- Ortega-Cortés, R. (2014). Costos económicos de la obesidad infantil y sus consecuencias. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(S1), 8-11.
- Palmer, S., & Rutland, A. (2011). Do children want skinny friends? The role of 'weight' in children's friendship preferences and inter-group attitudes. *Anales de Psicología*, 27(3), 698-707.
- Pérez-Salgado, D., Rivera-Márquez, J. A., & Ortiz-Hernández, L. (2010). Publicidad de alimentos en la programación de la televisión mexicana: ¿los niños están más expuestos?. *Salud pública de México*, 52(2), 119-126.
- Piko, B. F., & Bak, J. (2006). Children's perceptions of health and illness: images and lay concepts in preadolescence. *Health education research*, 21(5), 643-653.
- Pinhas-Hamiel, O., Singer, S., Pilpel, N., Fradkin, A., Modan, D., & Reichman, B. (2006). Health-related quality of life among children and adolescents: associations with obesity. *International journal of obesity*, 30(2), 267-272.
- Pozo, J. I. (2014). El contenido del aprendizaje implícito: las representaciones encarnadas. En J. I. Pozo (Ed.), *Psicología del aprendizaje humano: adquisición de conocimiento y cambio personal* (pp. 158-202). Madrid: Morata.
- Pozo, J. I. & Gómez, C. M. (2000). *Aprender y enseñar ciencia*. Madrid: Morata.
- Pozo, J. I. & Rodrigo, M. J. (2001). Del cambio de contenido al cambio representacional en el conocimiento conceptual. *Infancia y Aprendizaje*, 24(4), 407-423.
- Pozo, J. I. & Scheuer, N. (1999). Las concepciones sobre el aprendizaje como teorías implícitas. En J. I. Pozo & C. Monereo (Eds.), *El aprendizaje estratégico: enseñar a aprender desde el currículo* (pp. 87-108). Madrid: Santillana/Aula XXI.
- Rausch, H. C. & Kovalskys, I. (2015). Childhood obesity. A review of school-based preventive interventions. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6, 143-151.
- Rendón-Macías, M. E., Rosas-Vargas, H., Villasís-Keever, M. Á. & Pérez-García, C. (2014). Children's perception on obesity and quality of life: a Mexican survey. *BMC Pediatrics*, 14(1).

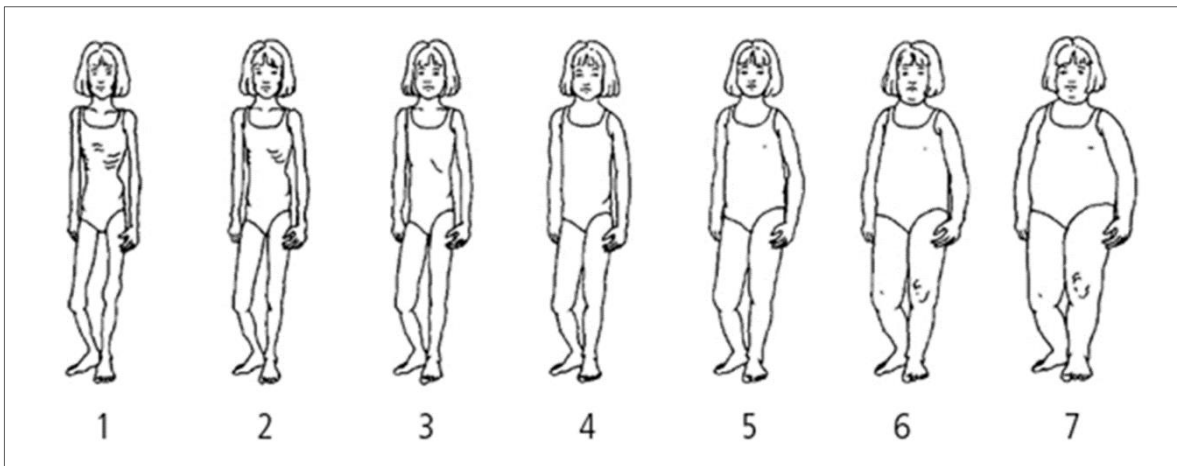
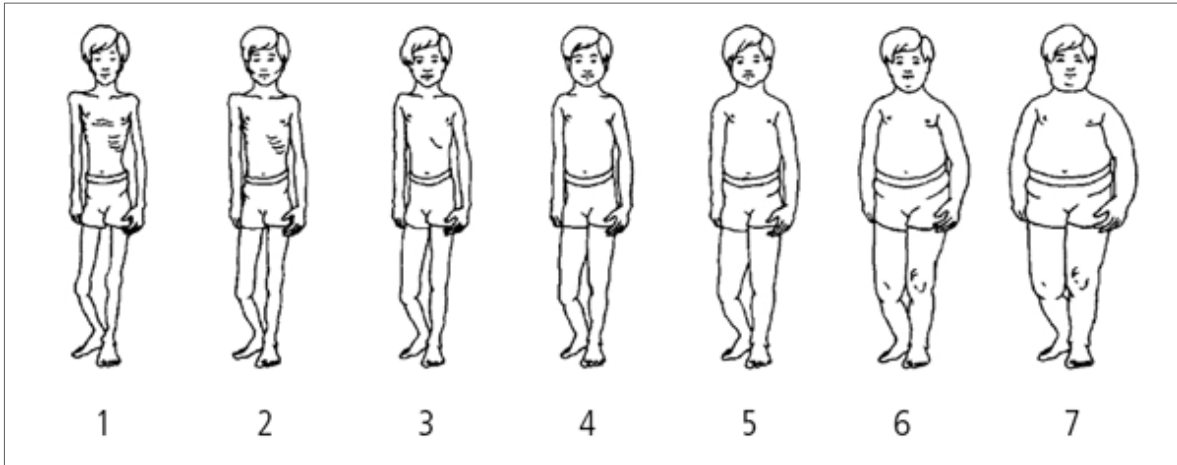
- Robinson, J. D. & Heritage, J. (2005). The structure of patients' presenting concerns: the completion relevance of current symptoms. *Social Science & Medicine*, 61, 481-493.
- Rodrigo, M. J. (1997). Del escenario sociocultural al constructivismo episódico: un viaje al conocimiento escolar de la mano de las teorías implícitas. En M. J. Rodrigo & J. Arnay (Eds.), *La construcción del conocimiento escolar* (pp. 177-191). Barcelona: Paidós.
- Rodrigo, J. M. & Correa N. (1999). Teorías implícitas, modelos mentales y cambio educativo. En J. I. Pozo & C. Monereo (Eds.), *El aprendizaje estratégico: enseñar a aprender desde el currículo* (pp. 75-85). Madrid: Santillana/Aula XXI.
- Rodrigo, M. J., Rodríguez, A. & Marrero, J. (1993). Teorías sobre la construcción del conocimiento. En M. J. Rodrigo, A. Rodríguez & J. Marrero (Eds.), *Las teorías implícitas. Una aproximación al conocimiento cotidiano* (pp. 33-66). Madrid: Aprendizaje-Visor.
- Rodríguez, M. A., Novalbos, R. J., Villagran, P. S., Martínez, N. J. & Lechuga, C. J. (2012). La percepción del sobrepeso y la obesidad infantil por parte de los progenitores. *Revista Española de Salud Pública*, 86(5), 483-494.
- Romero-Velarde, E. & Vásquez-Garibay, E. M. (2008). La obesidad en el niño, problema no percibido por los padres. Su relación con enfermedades crónicas y degenerativas en la edad adulta. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 65(6), 519-527.
- Roos, G. (2002). Our bodies are made of pizza- food and embodiment among children in Kentucky. *Ecology of Food and Nutrition*, 41(1), 1-19.
- Rozenblit, L. & Keil, F. C. (2002). The misunderstood limits of folk science: An illusion of explanatory depth. *Cognitive Science*, 26, 521-562.
- Ruda, S. M. (2009). Representaciones infantiles de la enfermedad: variaciones según edad, grado de instrucción y nivel socioeconómico. *Revista de Psicología*, 27(1), 112-145.
- Salazar, V. B., Salazar, V. M., & Pérez, T. R. (2015). Cómo evitar el sobrepeso y la obesidad infantil. En M. E. Medina-Mora, A. Martínez-Palomo & G. Soberón (coords), *Padecimientos relacionados con las conductas de riesgo* (pp. 65-86). México, DF: El Colegio Nacional.

- Sánchez-García, R., Reyes-Morales, H. y González-Unzaga, M. (2014). Preferencias alimentarias y estado de nutrición en niños escolares de la Ciudad de México. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 71(6), 358-366.
- Secretaría de Salud (2010). Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria [ANSA]. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. Recuperado de <http://activate.gob.mx/documentos/acuerdo%20nacional%20por%20la%20salud%20alimentaria.pdf>
- Shamah, L. T., Cuevas, N. L., Rivera, D. J. & Hernández, A. M. (coords.). (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino [ENSANUT MC]. Informe final de resultados*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Sigelman, C. K., & Begley, N. L. (1987). The early development of reactions to peers with controllable and uncontrollable problems. *Journal of Pediatric Psychology*, 12(1), 99-115.
- Smith, L. B. & Thelen, E. (2003). Development as a dynamic system. *Trends in Cognitive Science*, 7, 343-348.
- Soto, L., Armendariz-Anguiano, A. L., Bacardí-Gascón, M., & Jiménez, C. A. (2014). Beliefs, attitudes and phobias among Mexican medical and psychology students towards people with obesity. *Nutrición Hospitalaria*, 30(1), 37-41.
- Spelke, E. (1998). Nature, nurture, and development. En J. Hochberg (Ed.), *Perception and cognition at the century's end* (pp. 333-371). Academic Press, San Diego.
- Stern, D., Piernas, C., Barquera, S., Rivera, J. A., & Popkin, B. M. (2014). Caloric beverages were major sources of energy among children and adults in Mexico, 1999–2012. *The Journal of nutrition*, 144(6), 949-956.
- Thomas, S. L., Olds, T., Pettigrew, S. & Randle, M. (2014). “Don’t eat that, you’ll get fat!” Exploring how parents and children conceptualise and frame message about the causes and consequences of obesity. *Social Science & Medicine*, 119, 114-122.
- Toyama, N. (2016). Adults’ explanations and children's understanding of contagious illnesses, non-contagious illnesses, and injuries. *Early Child Development and Care*, 186(4), 526-543.

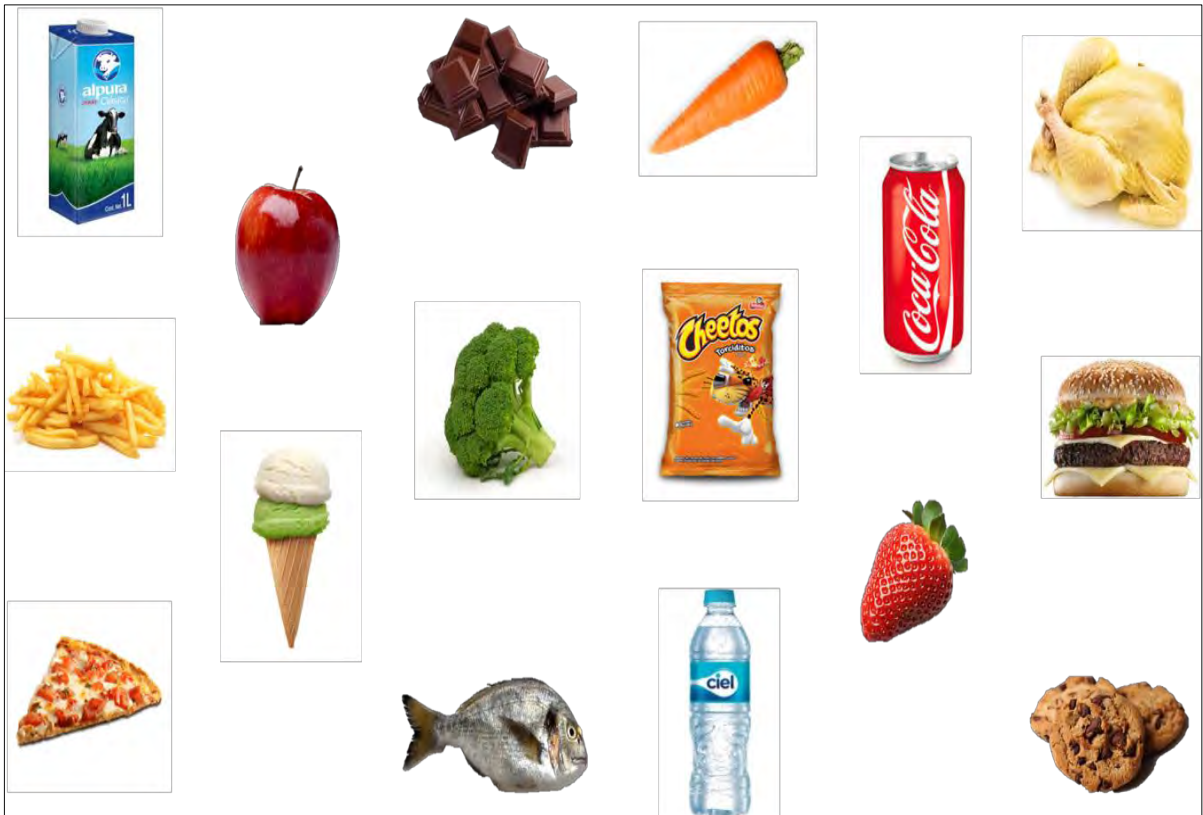
- Turnbull, D. J., Heaslip, D. & McLeod, H. A. (2000). Pre-school children's attitudes to fat to normal male and female stimulus figures. *International Journal of Obesity*, 24, 1705-1706.
- Vera-Villaruel, P. E., Bastías, A. y Mena, L. (2004). Construcción de una escala de creencias de obesidad en niños (ECOI). *Revista Mexicana de Psicología*, 21(2), 191-201.
- Wandersee, J., Mintzes, J. & Novak, J. (1994). Research on alternative conceptions in science. En D. L. Gabel (Ed.), *Handbook of research on science teaching and learning* (pp. 177-210). New York: Macmillan Publishing Company.
- Wellman, H. M. & Gelman, S. A. (1992). Cognitive development: foundational theories of core domains. *Annual Review of Psychology*, 43, 337-375.
- Yilmaz, R., Erkorkmaz, Ü., Ozcetin, M. & Karaaslan, E. (2013). How does parents' visual perception of their child's weight status affect their feeding style?. *Nutrición Hospitalaria*, 28(3), 741-746.
- Young-Hyman, D., Herman, L. J., Scott, D. L. & Schlundt, D. G. (2000). Care giver perception of children's obesity-related health risk: a study of African American families. *Obesity Research*, 8(3), 241-248.

ANEXOS

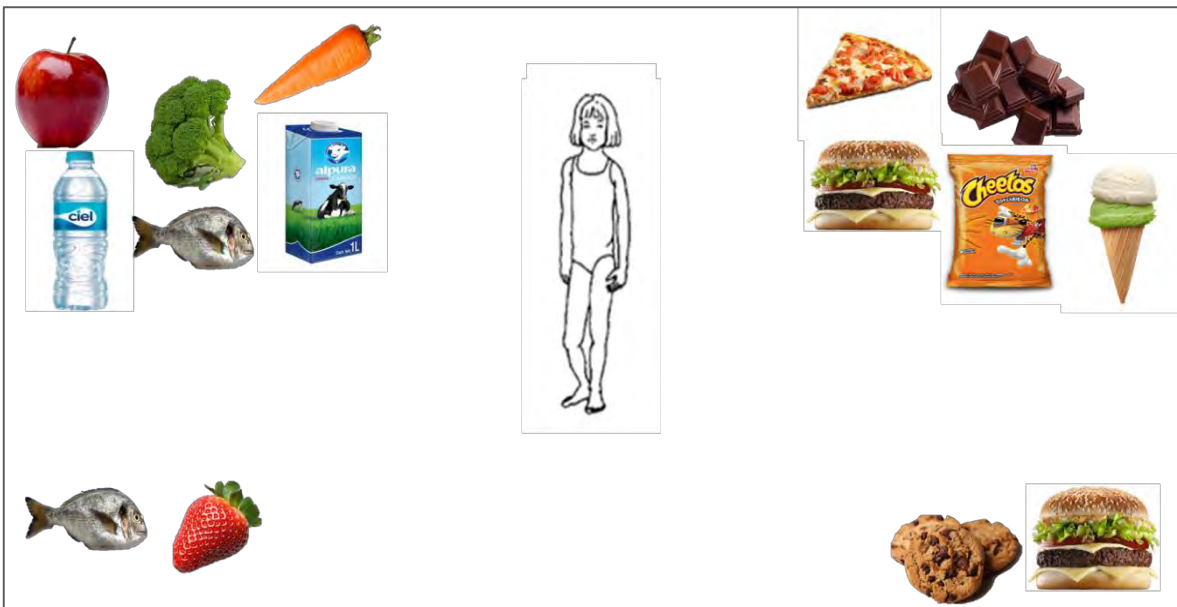
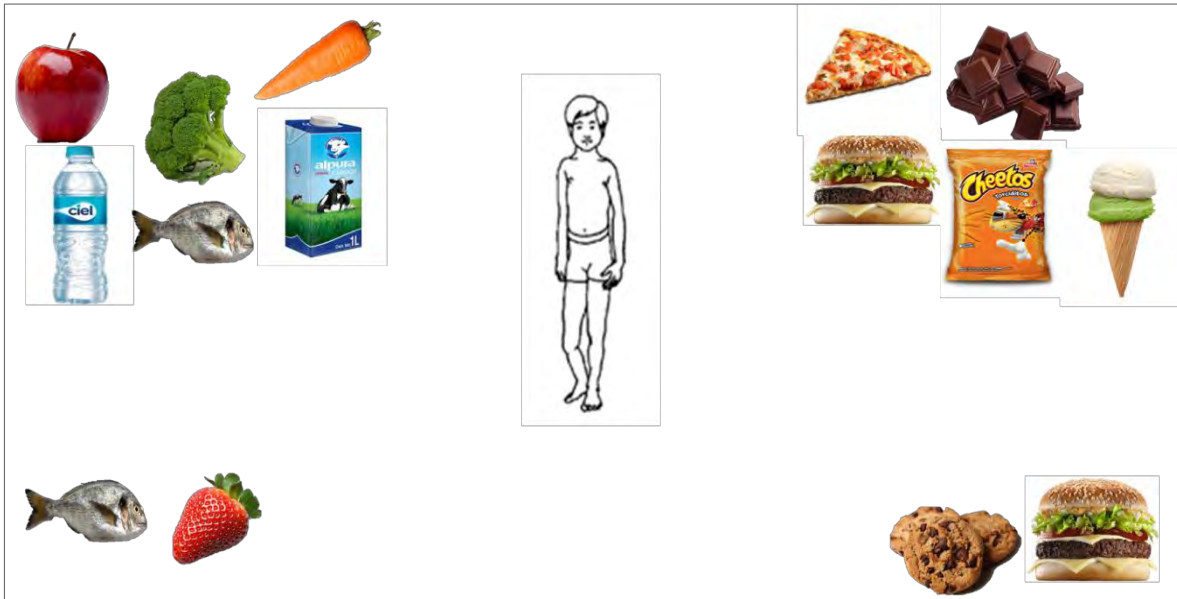
Anexo A



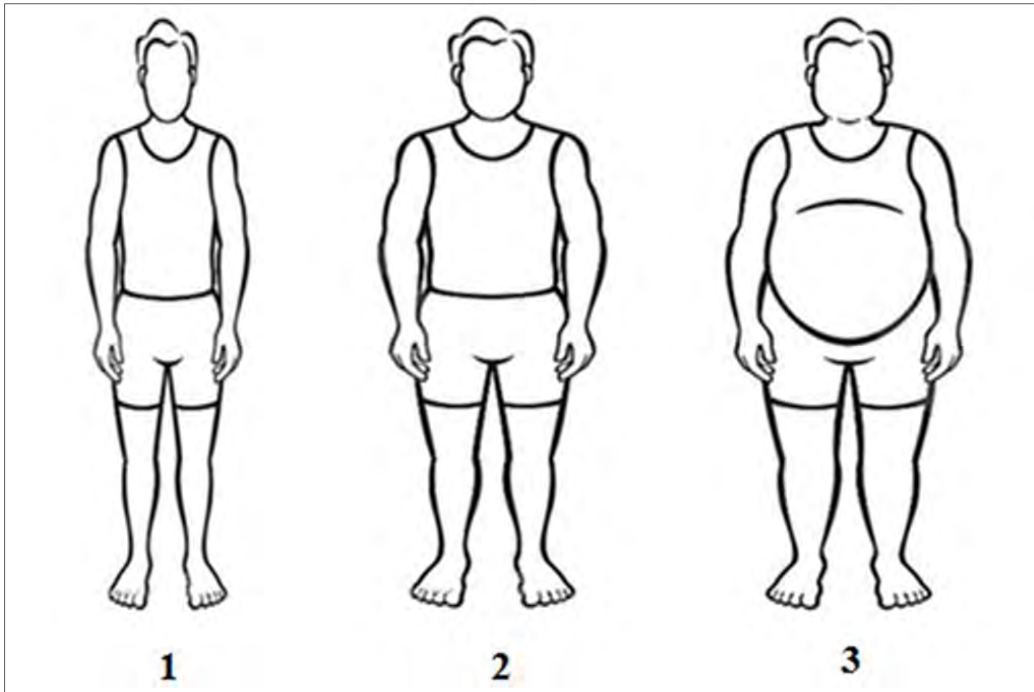
Anexo B



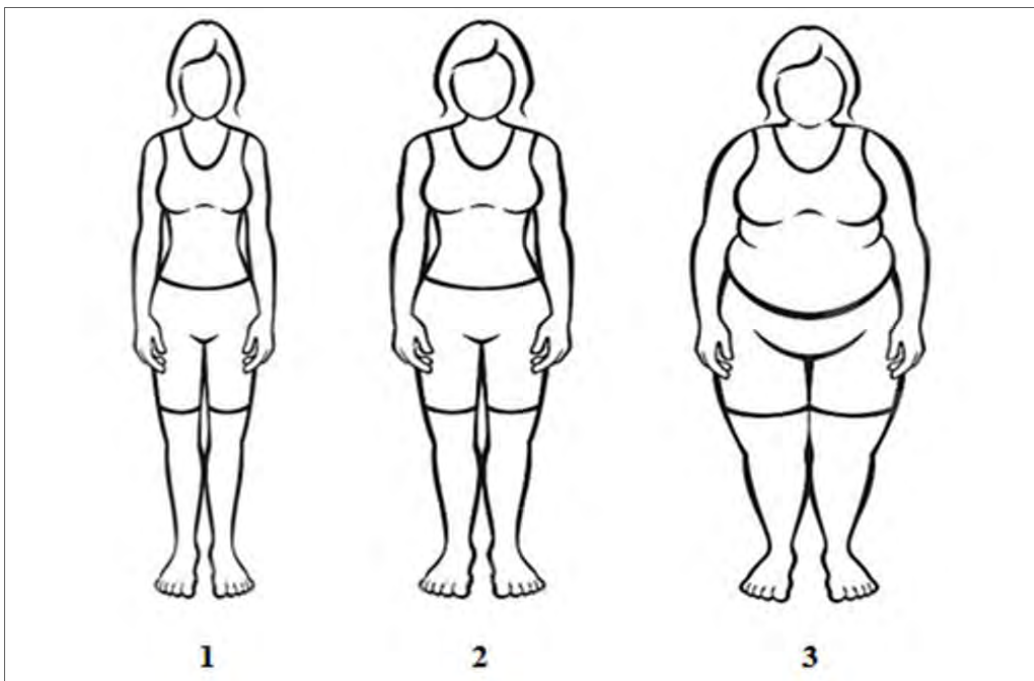
Anexo C



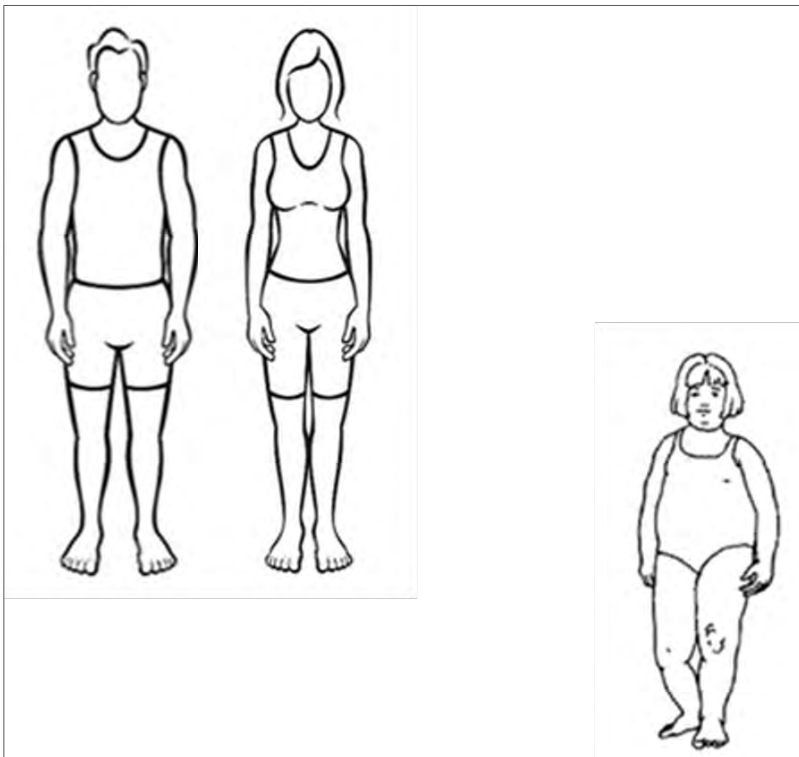
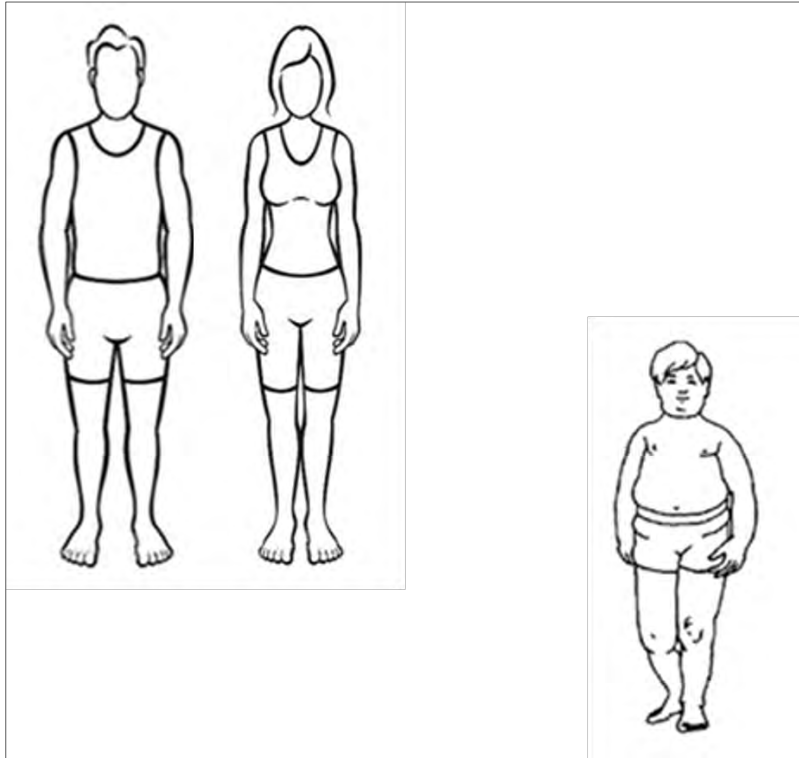
Anexo D



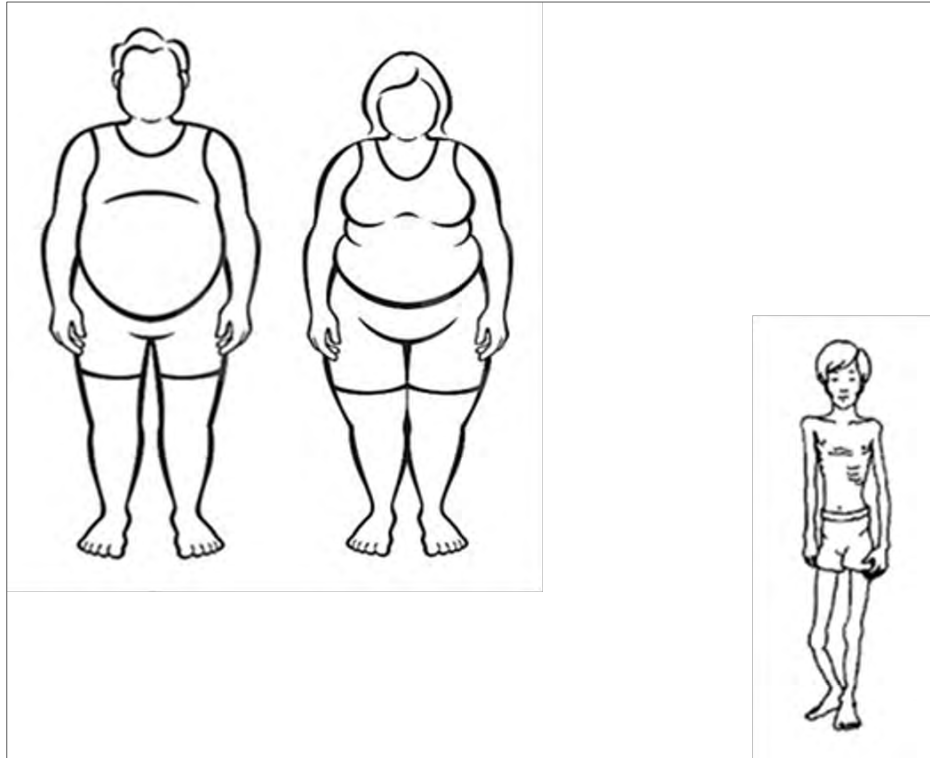
Anexo E



Anexo F






Anexo G



Anexo H

CUESTIONARIO SOBRE LAS CAUSAS DE LA OBESIDAD	Niños
Año escolar: 1º() 2º() 3º() 4º() 5º() 6º()	
¿Cuántos años tienes?:	
¿Sabes cuánto pesas?	
¿Sabes cuánto mides?	

Las primeras dos preguntas de este cuestionario están planteadas para mostrar la forma de contestar el cuestionario. Hemos puesto caras que corresponden a una determinada respuesta. En este caso la cara feliz significa “Sí”, la indecisa “No sé” y la triste “No”. La siguiente pregunta es un ejemplo, por favor respóndela.

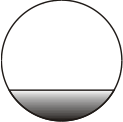
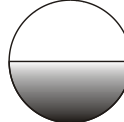

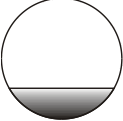
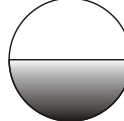

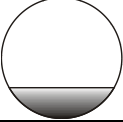
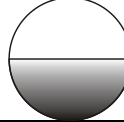
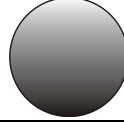
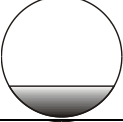
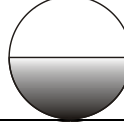
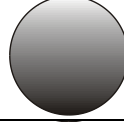
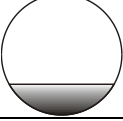
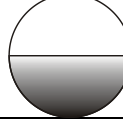
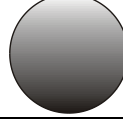
Me gusta leer.			
	Sí	No sé	No

También hemos incluido preguntas en las que en vez de caras te mostramos círculos para que respondas “nunca”, “a veces” o “siempre”. El siguiente es un ejemplo, por favor respóndelo:













Me gusta trabajar en equipo.			
	Nunca	A veces	Siempre

LEE CON ATENCIÓN TODAS LAS PREGUNTAS Y RESPONDE LO QUE TU CREAS.













1.

Cuando estoy en casa...			
	Nunca	A veces	Siempre
Como frutas y verduras.			
Todos los días como entre la una y dos de la tarde.			
Paso mucho tiempo sentado viendo la televisión.			
Como dulces entre las comidas.			
Hago ejercicio (por ejemplo, corro, salto, nado, juego a los atrapados, etc.).			













2.

Después de leer cada oración, marca la cara con la que estás más de acuerdo, o se parece más a lo que tú piensas.			
	Sí	No sé	No
Comiendo sano los niños obesos podrían adelgazar.			
Sin importar lo que coman, los niños con obesidad siempre serán obesos.			
Los niños con obesidad no quieren ser delgados.			
Los niños con obesidad viven con papás que les permiten comer comida chatarra.			

3.

Después de leer cada oración, marca la cara con la que estás más de acuerdo, o se parece más a lo que tú piensas.			
	No	No sé	Sí
Los niños que no hacen ejercicio se vuelven obesos.			
Algunos niños son obesos porque sus papás les dan comida que tiene mucha grasa.			
Los niños con obesidad tienen una enfermedad que los volvió obesos.			
Si los niños obesos quisieran, comerían menos cantidad de comida.			

4.

Después de leer cada oración, marca la cara con la que estás más de acuerdo, o se parece más a lo que tú piensas.			
	Sí	No sé	No
Si los niños con obesidad supieran que la obesidad es mala, harían más ejercicio.			
Muchos niños con obesidad no comen frutas ni verduras porque eso fue lo que aprendieron de sus papás.			
Los niños se vuelven obesos porque comen comida con mucha grasa.			
Los niños con obesidad pasan muchas horas al día viendo la televisión.			

5) Escribe 3 cosas que tienes que hacer para mantenerte sano:
















1. _____

2. _____




3. _____

6.

Después de leer cada oración, marca la cara con la que estás más de acuerdo, o se parece más a lo que tú piensas.

	Sí	No sé	No
Los niños con obesidad comen a todas horas aunque no tengan hambre.			
Los niños con obesidad podrían adelgazar si lo quisieran.			
Haciendo ejercicio los niños con obesidad podrían adelgazar.			
Los niños con obesidad toman jugos de frutas que venden en la tienda, por ejemplo, jugos Jumex.			
Los niños son obesos porque heredaron de sus padres los "genes que causan la obesidad".			

7) En la escuela, como comida chatarra (por ejemplo, Doritos, Gansitos, etc.):

Todos los días	Dos veces a la semana	Nunca
		

8.

Estos niños están platicando sobre los niños que tienen obesidad.

Encierra en un círculo al niño que piensa lo mismo que tú, o que dice lo más parecido a lo que tú dirías. Sólo encierra uno.

Yo creo que los niños se vuelven obesos porque sus papás no les dan comida



Yo creo que tienen obesidad porque sus padres son obesos.



Yo creo que se vuelven obesos porque no hacen ejercicio.















9.

Después de leer cada oración, marca la cara con la que estás más de acuerdo, o se parece más a lo que tú piensas.

	Siempre	A veces	Nunca
Mis papás vigilan la comida que como.			
Mis papás hablan conmigo sobre la importancia de hacer ejercicio.			
En las comidas acostumbramos tomar refrescos.			
Mis papás se sientan a comer conmigo.			

10.

Después de leer cada oración, marca la cara con la que estás más de acuerdo, o se parece más a lo que tú piensas.			
	Sí	No sé	No
Los niños con obesidad son igual de inteligentes que los niños delgados.			
Los niños con obesidad son peleoneros.			
Los niños con obesidad son buenos alumnos.			
Los niños con obesidad son irresponsables.			

11.

Estos niños están platicando sobre los niños que son obesos.

Encierra en un círculo al niño que piensa lo mismo que tú, o que dice lo más parecido a lo que tú dirías. Sólo encierra uno.

Los niños obesos son tan saludables como los niños delgados.



Yo creo que la obesidad es una enfermedad.




Yo no sé si la obesidad es una enfermedad.



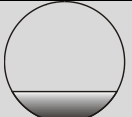
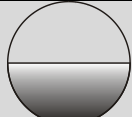
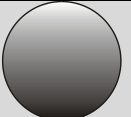
Anexo I

CUESTIONARIO SOBRE LAS CAUSAS DE LA OBESIDAD	Niñas
Año escolar: 1º() 2º() 3º() 4º() 5º() 6º()	
¿Cuántos años tienes?:	
¿Sabes cuánto pesas?	
¿Sabes cuánto mides?	

Las primeras dos preguntas de este cuestionario están planteadas para mostrar la forma de contestar el cuestionario. Hemos puesto caras que corresponden a una determinada respuesta. En este caso la cara feliz significa “Sí”, la indecisa “No sé” y la triste “No”. La siguiente pregunta es un ejemplo, por favor respóndela.

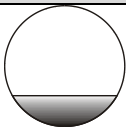
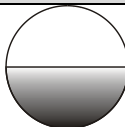
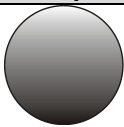
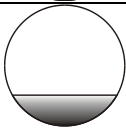
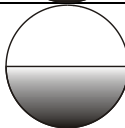
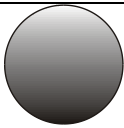
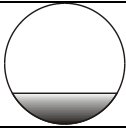
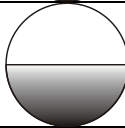
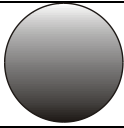
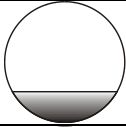
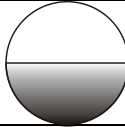
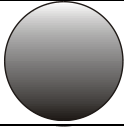
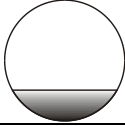
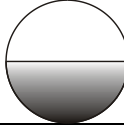
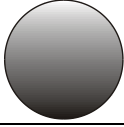
Me gusta leer.			
	Sí	No sé	No

También hemos incluido preguntas en las que en vez de caras te mostramos círculos para que respondas “nunca”, “a veces” o “siempre”. El siguiente es un ejemplo, por favor respóndelo:










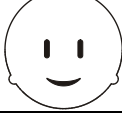


Me gusta trabajar en equipo.			
	Nunca	A veces	Siempre

LEE CON ATENCIÓN TODAS LAS PREGUNTAS Y RESPONDE LO QUE TU CREAS.













1.

Cuando estoy en casa...			
	Nunca	A veces	Siempre
Como frutas y verduras.			
Todos los días como entre la una y las dos de la tarde.			
Paso mucho tiempo sentada viendo la televisión.			
Como dulces entre las comidas.			
Hago ejercicio (por ejemplo, corro, salto, nado, juego a los atrapados, etc.).			













2.

Después de leer cada oración, marca la cara con la que estás más de acuerdo, o se parece más a lo que tú piensas.			
	Sí	No sé	No
Comiendo sano las niñas con obesidad podrían adelgazar.			
Sin importar lo que coman, las niñas con obesidad siempre serán obesas.			
Las niñas con obesidad no quieren ser delgadas.			
Las niñas con obesidad viven con papás que les permiten comer comida chatarra.			

3.

Después de leer cada oración, marca la cara con la que estás más de acuerdo, o se parece más a lo que tú piensas.			
	No	No sé	Sí
Las niñas que no hacen ejercicio se vuelven obesas.			
Algunas niñas son obesas porque sus papás les dan comida que tiene mucha grasa.			
Las niñas con obesidad tienen una enfermedad que las volvió obesas.			
Si las niñas con obesidad quisieran, comerían menos.			

4.
















Después de leer cada oración, marca la cara con la que estás más de acuerdo, o se parece más a lo que tú piensas.			
	Sí	No sé	No
Si las niñas con obesidad supieran que la obesidad es mala, harían más ejercicio.			
Muchas niñas con obesidad no comen frutas ni verduras porque eso fue lo aprendieron de sus papás.			
Las niñas se vuelven obesas porque comen comida con mucha grasa.			
Las niñas con obesidad pasan muchas horas al día viendo la televisión.			

5) Escribe 3 cosas que tienes que hacer para mantenerte sana:

1. _____
2. _____
3. _____

6.

Después de leer cada oración, marca la cara con la que estás más de acuerdo, o se parece más a lo que tú piensas.

	Sí	No sé	No
Las niñas con obesidad comen a todas horas aunque no tengan hambre.			
Las niñas con obesidad podrían adelgazar si lo quisieran.			
Haciendo ejercicio las niñas con obesidad podrían adelgazar.			
Las niñas con obesidad toman jugos de frutas que venden en la tienda, por ejemplo, jugos Jumex.			
Las niñas son obesas porque heredaron de sus padres los "genes que causan la obesidad".			

7) Como comida chatarra (por ejemplo, Doritos, Gansitos, etc.):

Todos los días	Dos veces a la semana	Nunca
<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

8.

Estas niñas están platicando sobre las niñas que tienen obesidad.

Encierra en un círculo a la niña que piensa lo mismo que tú, o que dice lo más parecido a lo que tú dirías. Sólo encierra una.















9.

Después de leer cada oración, marca la cara con la que estás más de acuerdo, o se parece más a lo que tú piensas.

	Siempre	A veces	Nunca
Mis papás vigilan la comida que como.			
Mis papás hablan conmigo sobre la importancia de hacer ejercicio.			
En las comidas acostumbramos tomar refrescos.			
Mis papás se sientan a comer conmigo.			

10.

Después de leer cada oración, marca la cara con la que estás más de acuerdo, o se parece más a lo que tú piensas.			
	Sí	No sé	No
Las niñas con obesidad son igual de inteligentes que las niñas delgadas.			
Las niñas con obesidad son peleonas.			
Las niñas con obesidad son buenas alumnas.			
Las niñas con obesidad son irresponsables.			

11.

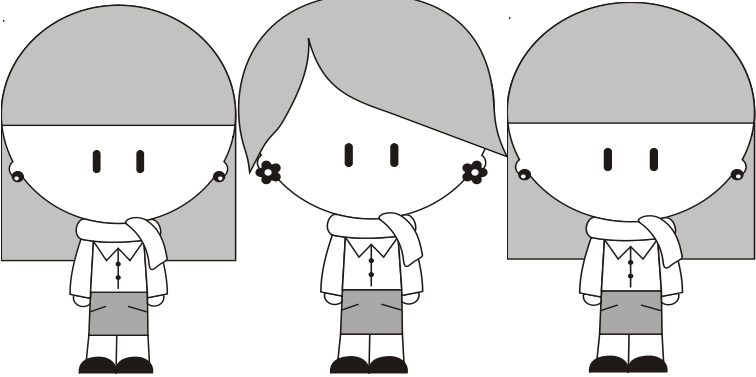
Estas niñas están platicando sobre las niñas que tienen obesidad.

Encierra en un círculo a la niña que piensa lo mismo que tú, o que dice lo más parecido a lo que tú dirías. Sólo encierra una.

Las niñas con obesidad son tan saludables como las niñas delgadas.

Yo creo que la obesidad es una enfermedad.

Yo no sé si la obesidad es una enfermedad.





Anexo J



IDEAS SOBRE LAS CAUSAS DE LA OBESIDAD

Niños

El presente cuestionario forma parte de una investigación acerca de lo que piensan los niños y las niñas sobre la obesidad. Este trabajo sólo busca conocer tu **opinión**, por lo tanto, **no tiene respuestas buenas o malas**.

Es importante que **contestes todas** las preguntas, nadie tendrá acceso a tus respuestas, por lo tanto, te pedimos que contestes con sinceridad.

Grado: 1º() 2º() 3º() 4º() 5º() 6º()

¿Cuántos años tienes? _____

Peso: _____

Estatura: _____

Las primeras dos preguntas están planteadas para mostrarte la forma de contestar el cuestionario. Hemos puesto caras que corresponden a una determinada respuesta. En este caso la cara muy feliz significa “Definitivamente sí”, la feliz “Probablemente sí”, la triste “Probablemente no” y la muy triste “Definitivamente no”.

Marca con una “X” la opción que indique lo que tú piensas acerca de los enunciados. El siguiente enunciado es un ejemplo, por favor respóndelo.

	Definitivamente sí	Probablemente sí	Probablemente no	Definitivamente no
A los niños les gusta leer libros de misterio.				

También hemos incluido preguntas en las que te mostramos círculos. El círculo casi vacío significa “nunca”, el círculo a la mitad “a veces” y el círculo lleno “siempre”. El siguiente es un ejemplo, por favor respóndelo:


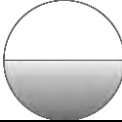
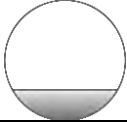

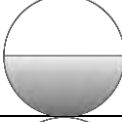
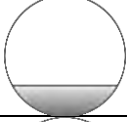
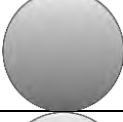

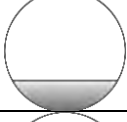


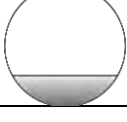
	Nunca	A veces	Siempre
Me gusta trabajar en equipo.			

LEE CON ATENCIÓN TODOS LOS ENUNCIADOS Y ELIGE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA A LO QUE TÚ PIENSAS.

1. Cuando estoy en casa...			
	Nunca	A veces	Siempre
Como frutas y verduras.			
Todos los días como a la misma hora.			
Paso mucho tiempo sentado viendo la televisión.			
Como dulces entre las comidas.			
Hago ejercicio (por ejemplo, corro, salto, nado o juego a los atrapados).			

2. Después de leer cada oración, marca la cara con la que estás más de acuerdo, o se parece más a lo que tú piensas.				
	Definitivamente sí	Probablemente sí	Probablemente no	Definitivamente no
Los niños obesos son inteligentes.				
Los niños obesos tienen muchos amigos.				
Los niños obesos son trabajadores.				
Los niños obesos son buenos alumnos.				
Los niños obesos son responsables.				

3. Después de leer cada oración, marca el círculo que represente mejor tu respuesta.

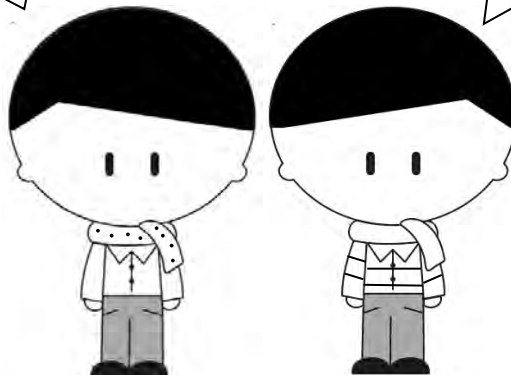
	Siempre	A veces	Nunca
Mis papás vigilan la comida que como.			
Mis papás hablan conmigo sobre la importancia de hacer ejercicio.			
En las comidas acostumbramos tomar refrescos.			
Mis papás se sientan a comer conmigo.			

4. Estos niños están platicando sobre los niños que son obesos.





















Encierra en un círculo al niño que piensa lo mismo que tú, o que dice lo más parecido a lo que tú dirías. Sólo encierra uno de ellos.

Yo creo que la obesidad **sí** es una enfermedad.

















Yo creo que la obesidad **no** es una enfermedad.



















5. Después de leer cada oración, marca la cara con la que estás más de acuerdo, o se parece más a lo que tú piensas.

	Definitivamente sí	Probablemente sí	Probablemente no	Definitivamente no
Si los niños obesos comieran sano podrían adelgazar.				
Sin importar lo que coman, los niños con obesidad siempre serán obesos.				
Los niños obesos no quieren ser delgados.				
Los niños con obesidad viven con papás que les dan de comer comida chatarra.				
Los niños obesos saben que la obesidad les puede causar problemas de salud.				

















6. Después de leer cada oración, marca la cara con la que estás más de acuerdo, o se parece más a lo que tú piensas.

	Definitivamente no	Probablemente no	Probablemente sí	Definitivamente sí
Los niños que no hacen ejercicio se vuelven obesos.				
Algunos niños son obesos porque sus papás les dan comida que tiene mucha grasa.				
Los niños con obesidad tienen una enfermedad que los volvió obesos.				
Los niños se vuelven obesos por comer mucho.				

















7. Después de leer cada oración, marca la cara con la que estás más de acuerdo, o se parece más a lo que tú piensas.

	Definitivamente sí	Probablemente sí	Probablemente no	Definitivamente no
Si los niños obesos supieran que la obesidad es mala, harían más ejercicio.				
Muchos niños obesos aprendieron de sus papás a no comer frutas ni verduras.				
Los niños se vuelven obesos porque comen comida con mucha grasa.				
Los niños con obesidad pasan varias horas al día viendo la televisión.				
















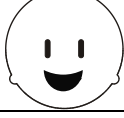
8. Después de leer cada oración, marca la cara con la que estás más de acuerdo, o se parece más a lo que tú piensas.

	Definitivamente no	Probablemente no	Probablemente sí	Definitivamente sí
Los niños con obesidad podrían adelgazar si lo quisieran.				
Los niños obesos saben lo que les puede pasar por comer mucha comida chatarra.				
Los niños se vuelven obesos porque toman muchos refrescos.				
Los niños con obesidad podrían adelgazar si hicieran ejercicio.				

















9. Después de leer cada oración, marca la cara con la que estás más de acuerdo, o se parece más a lo que tú piensas.

	Definitivamente sí	Probablemente sí	Probablemente no	Definitivamente no
Los niños son obesos porque heredaron de sus padres los “genes que causan la obesidad”.				
Los niños se vuelven obesos porque sus papás no les enseñan a hacer ejercicio.				
Los niños son obesos porque en sus escuelas venden mucha comida chatarra.				
Los niños con obesidad ya eran obesos cuando nacieron.				

10. Después de leer cada oración, marca la cara con la que estás más de acuerdo, o se parece más a lo que tú piensas.

	Definitivamente no	Probablemente no	Probablemente sí	Definitivamente sí
Si los niños obesos lo quisieran, comerían menos.				
Los niños se vuelven obesos porque en las tiendas venden mucha comida chatarra.				
A los niños con obesidad les gusta hacer ejercicio.				
Los papás de los niños con obesidad no se preocupan por darles comida saludable.				

11. Después de leer cada oración, marca la cara con la que estás más de acuerdo, o se parece más a lo que tú piensas.

	Definitivamente sí	Probablemente sí	Probablemente no	Definitivamente no
Los niños con obesidad comen alimentos que son poco saludables.				
Los niños obesos comen a todas horas, aunque no tengan hambre.				
Si los niños hacen poco ejercicio se pueden volver obesos.				
Los niños son obesos porque en la televisión pasan muchos anuncios de comida chatarra.				

12. Estos niños están platicando sobre por qué los niños sufren de obesidad.

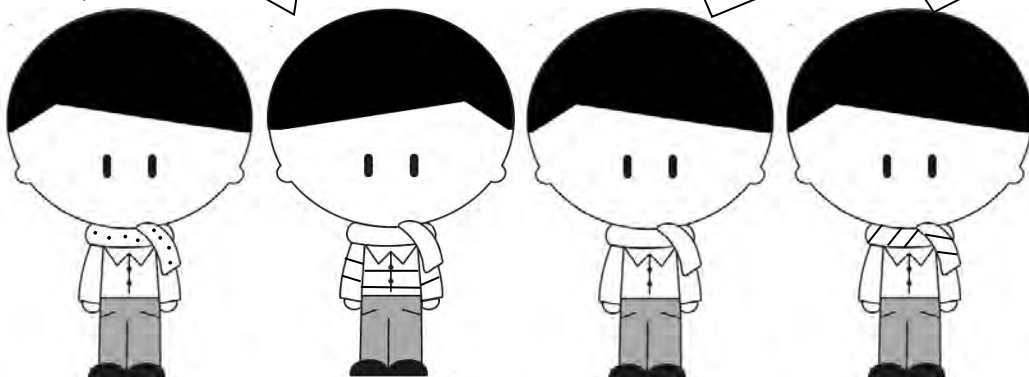
Encierra en un círculo al niño que piensa lo mismo que tú, o que dice lo más parecido a lo que tú dirías. Sólo encierra uno de ellos.

Yo creo que los niños son obesos porque sus papás les dan comida poco saludable

Yo creo que los niños son obesos porque no quieren adelgazar.

Yo creo que los niños son obesos porque sus padres también son obesos.

Yo creo que los niños son obesos porque no saben que la obesidad es mala para su salud





Anexo J

IDEAS SOBRE LAS CAUSAS DE LA OBESIDAD



El presente cuestionario forma parte de una investigación acerca de lo que piensan las niñas y los niños sobre la obesidad. Este trabajo sólo busca conocer tu **opinión**, por lo tanto, **no tiene respuestas buenas o malas**.

Es importante que **contestes todas** las preguntas, nadie tendrá acceso a tus respuestas, por lo tanto, te pedimos que contestes con sinceridad.

Grado: 1º() 2º() 3º() 4º() 5º() 6º()

¿Cuántos años tienes? _____

Peso: _____

Estatura: _____

Las primeras dos preguntas están planteadas para mostrarte la forma de contestar el cuestionario. Hemos puesto caras que corresponden a una determinada respuesta. En este caso la cara muy feliz significa “Definitivamente sí”, la feliz “Probablemente sí”, la triste “Probablemente no” y la muy triste “Definitivamente no”.

Marca con una “X” la opción que indique lo que tú piensas acerca de los enunciados. El siguiente enunciado es un ejemplo, por favor respóndelo.

	Definitivamente sí	Probablemente sí	Probablemente no	Definitivamente no
A las niñas les gusta leer libros de misterio.				

También hemos incluido preguntas en las que te mostramos círculos. El círculo casi vacío significa “nunca”, el círculo a la mitad “a veces” y el círculo lleno “siempre”. El siguiente es un ejemplo, por favor respóndelo:



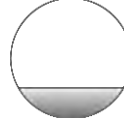

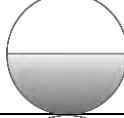
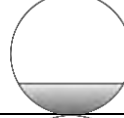






	Nunca	A veces	Siempre
Me gusta trabajar en equipo.			

LEE CON ATENCIÓN TODOS LOS ENUNCIADOS Y ELIGE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA A LO QUE TÚ PIENSAS.

1. Cuando estoy en casa...			
	Nunca	A veces	Siempre
Como frutas y verduras.			
Todos los días como a la misma hora.			
Paso mucho tiempo sentada viendo la televisión.			
Como dulces entre las comidas.			
Hago ejercicio (por ejemplo, corro, salto, nado o juego a los atrapados).			

2. Después de leer cada oración, marca la cara con la que estás más de acuerdo, o se parece más a lo que tú piensas.				
	Definitivamente sí	Probablemente sí	Probablemente no	Definitivamente no
Las niñas obesas son inteligentes.				
Las niñas obesas tienen muchas amigas.				
Las niñas obesas son trabajadoras.				
Las niñas obesas son buenas alumnas.				
Las niñas obesas son responsables.				

3. Después de leer cada oración, marca el círculo que represente mejor tu respuesta.

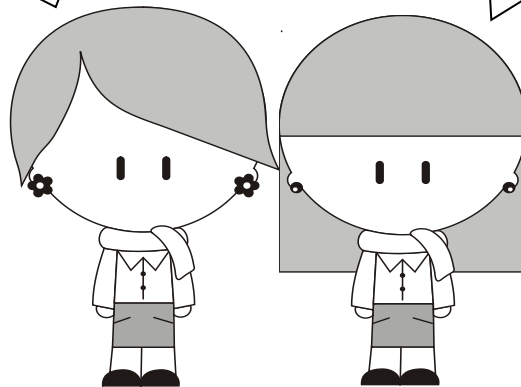
	Siempre	A veces	Nunca
Mis papás vigilan la comida que como.			
Mis papás hablan conmigo sobre la importancia de hacer ejercicio.			
En las comidas acostumbramos tomar refrescos.			
Mis papás se sientan a comer conmigo.			

4. Estas niñas están platicando sobre las niñas que son obesas.





















Encierra en un círculo a la niña que piensa lo mismo que tú, o que dice lo más parecido a lo que tú dirías. Sólo encierra una de ellas.

Yo creo que la obesidad **sí** es una enfermedad.

















Yo creo que la obesidad **no** es una enfermedad.



















5. Después de leer cada oración, marca la cara con la que estás más de acuerdo, o se parece más a lo que tú piensas.

	Definitivamente sí	Probablemente sí	Probablemente no	Definitivamente no
Si las niñas obesas comieran sano podrían adelgazar.				
Sin importar lo que coman, las niñas con obesidad siempre serán obesas.				
Las niñas obesas no quieren ser delgadas.				
Las niñas con obesidad viven con papás que les dan de comer comida chatarra.				
Las niñas obesas saben que la obesidad les puede causar problemas de salud.				

















6. Después de leer cada oración, marca la cara con la que estás más de acuerdo, o se parece más a lo que tú piensas.

	Definitivamente no	Probablemente no	Probablemente sí	Definitivamente sí
Las niñas que no hacen ejercicio se vuelven obesas.				
Algunas niñas son obesas porque sus papás les dan comida que tiene mucha grasa.				
Las niñas con obesidad tienen una enfermedad que las volvió obesas.				
Las niñas se vuelven obesas por comer mucho.				

















7. Después de leer cada oración, marca la cara con la que estás más de acuerdo, o se parece más a lo que tú piensas.

	Definitivamente sí	Probablemente sí	Probablemente no	Definitivamente no
Si las niñas obesas supieran que la obesidad es mala, harían más ejercicio.				
Muchas niñas obesas aprendieron de sus papás a no comer frutas ni verduras.				
Las niñas se vuelven obesas porque comen comida con mucha grasa.				
Las niñas con obesidad pasan varias horas al día viendo la televisión.				













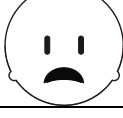


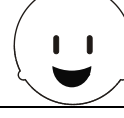
8. Después de leer cada oración, marca la cara con la que estás más de acuerdo, o se parece más a lo que tú piensas.

	Definitivamente no	Probablemente no	Probablemente sí	Definitivamente sí
Las niñas con obesidad podrían adelgazar si lo quisieran.				
Las niñas obesas saben lo que les puede pasar por comer mucha comida chatarra.				
Las niñas se vuelven obesas porque toman muchos refrescos.				
Las niñas con obesidad podrían adelgazar si hicieran ejercicio.				













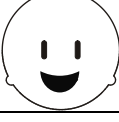



9. Después de leer cada oración, marca la cara con la que estás más de acuerdo, o se parece más a lo que tú piensas.

	Definitivamente sí	Probablemente sí	Probablemente no	Definitivamente no
Las niñas son obesas porque heredaron de sus padres los “genes que causan la obesidad”.				
Las niñas se vuelven obesas porque sus papás no les enseñan a hacer ejercicio.				
Las niñas son obesas porque en sus escuelas venden mucha comida chatarra.				
Las niñas con obesidad ya eran obesas cuando nacieron.				

10. Después de leer cada oración, marca la cara con la que estás más de acuerdo, o se parece más a lo que tú piensas.

	Definitivamente no	Probablemente no	Probablemente sí	Definitivamente sí
Si las niñas obesas lo quisieran, comerían menos.				
Las niñas se vuelven obesas porque en las tiendas venden mucha comida chatarra.				
A las niñas con obesidad les gusta hacer ejercicio.				
Los papás de las niñas con obesidad no se preocupan por darles comida saludable.				

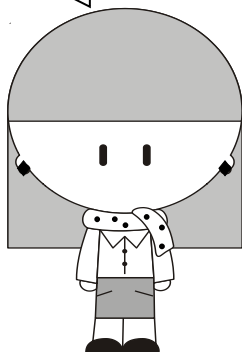
11. Después de leer cada oración, marca la cara con la que estás más de acuerdo, o se parece más a lo que tú piensas.

	Definitivamente sí	Probablemente sí	Probablemente no	Definitivamente no
Las niñas con obesidad comen alimentos que son poco saludables.				
Las niñas obesas comen a todas horas, aunque no tengan hambre.				
Si las niñas hacen poco ejercicio se pueden volver obesas.				
Las niñas son obesas porque en la televisión pasan muchos anuncios de comida chatarra.				

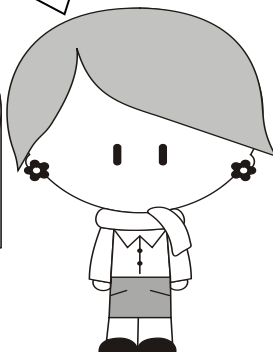
12. Estas niñas están platicando sobre por qué las niñas sufren de obesidad.

Encierra en un círculo a la niña que piensa lo mismo que tú, o que dice lo más parecido a lo que tú dirías. Sólo encierra una de ellas.

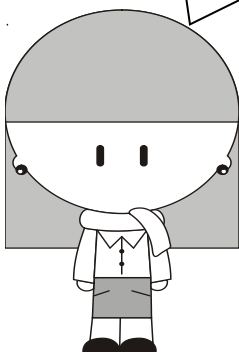
Yo creo que las niñas son obesas porque sus papás les dan comida poco saludable



Yo creo que las niñas son obesas porque no quieren adelgazar.



Yo creo que las niñas son obesas porque sus padres también son obesos.



Yo creo que las niñas son obesas porque no saben que la obesidad es mala para su salud

