



Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios

Mexican Journal of Eating Disorders

Journal homepage: <http://journals.iztacala.unam.mx/>

Causal Attribution of Overweight/Obesity and its Relation to BMI and Eating Alteration

Atribución Causal de Sobrepeso/Obesidad y su Relación con el IMC y Alteración Alimentaria

José Moral de la Rubia y Cecilia Meza Peña.

Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León. México.

Abstract

The aims of this paper were: 1) to describe the differences in causal attributions of overweight or obesity in two groups of women, one with overweight or obesity and the another with normal weight or underweight, and 2) to generate predictive models for three criterion variables: one dichotomous criterion variable (having or not overweight/obesity), and two continuous criterion variables (body mass index [BMI] and eating alteration). A quota sample with two BMI groups of 217 women (107 with BMI < 25 and 110 with BMI ≥ 25) from Monterrey (Mexico) was collected. The Overeating Questionnaire (O'Donnell & Warren, 2007) was used to measure eating alteration. The condition of overweight/obesity was attributed mainly to putative aspects to the person: bad habits, lack of exercise, consumption of fast food, and lack of will. Three factors were defined from the inter-correlation of causal attributions: dietetic-nutritional, medical and psychological causes. The attributions and their factors were differential, and allowed to predict the dichotomous variable of having or not overweight/obesity, and the continuous variables of BMI and eating alteration. The socioeconomic status correlated to having overweight/obesity and higher BMI, but was independent of educational level. It is suggested that professionals and socio-health and educational institutions persist in the social communication about obesity causes, since this communication influences social representation, which will facilitate the processes of change during intervention.

Resumen

Este artículo tiene como objetivos: 1) describir las diferencias de atribuciones causales del sobrepeso/obesidad en dos grupos de mujeres (con sobrepeso/obesidad y normopeso/infrapeso), y 2) generar modelos predictivos para tres variables criterio: una dicotómica (tener o no sobrepeso/obesidad) y dos continuas (índice de masa corporal [IMC] y alteración alimentaria). Se empleó una muestra por cuotas de grupos de IMC, integrada por 217 mujeres regiomontanas (107 con IMC < 25 y 110 con IMC ≥ 25). El Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (O'Donnell & Warren, 2007) se usó para medir alteración alimentaria. La condición de sobrepeso/obesidad fue atribuida sobre todo a aspectos imputables a la persona: malos hábitos, falta de ejercicio, ingesta de comida chatarra y falta de voluntad. Tres factores se definieron desde las inter-correlaciones de las atribuciones: causas dietético-nutricionales, psicológicas y médicas. Las atribuciones y sus factores fueron diferenciales y permitieron predecir la variable dicotómica de tener o no sobrepeso/obesidad y las variables continuas de IMC y alteración alimentaria. Menor estatus socioeconómico correlacionó con tener sobrepeso/obesidad y mayor IMC, pero fue independiente de escolaridad. Se sugiere que profesionales e instituciones socio-sanitarias y educativas persistan en la comunicación social sobre las causas de la obesidad, ya que influye en la representación social, lo que facilitará los procesos de cambio durante intervención.

INFORMACIÓN ARTÍCULO

Recibido: 10/10/2013
Revisado: 24/11/2013
Aceptado: 25/11/2013

Key words: Overweight, obesity, causal attribution, BMI, women, Mexico.

Palabras clave: Sobrepeso, obesidad, atribución causal, IMC, mujeres, México.

Introducción

La relación entre la representación de un objeto (significados, creencias, atribuciones y actitudes) y la conducta en torno al mismo no responde usualmente a una correlación alta; por el contrario, esta relación es compleja (Moral & Ortega, 2009). Tan sólo un modelo cognitivo ingenuo, hablarían de una correspondencia unívoca o lineal fuerte. La mayoría de las corrientes psicológicas esperarían una disparidad considerable.

Desde un modelo neurocientífico el control de la conducta por el pensamiento, así como el control del pensamiento por el lenguaje, es algo que se adquiere en el desarrollo y este logro nunca es completo y muestra variabilidad (Anderson, Northam, Hendy, & Wrennall, 2003) especialmente en el campo de las emociones y control de impulsos biológicos (Parker, Taylor, & Bagby, 2001), de ahí que necesariamente exista disparidad entre pensamiento y acción.

Algunos modelos cognitivos, como el de Anderson, indican que los sistemas de representación, integración y control de la información para lo verbal y ejecutivo son distintos y la práctica o uso debe li-

garlos, de ahí que finalmente saber y hacer son dos aspectos diferentes (Anderson, 1993).

Para dar cuenta de la disparidad entre pensamiento consciente y conducta se introducen variables intermedias, como los mecanismos de defensa, estrategias de afrontamiento, sesgos cognitivos y deseabilidad social. Estas variables operan dentro de con un sistema de autorrepresentación y unos valores y refuerzos sociales internalizados (Duveen, 2001; Pahlus, 2002). Además la psicología no sólo plantea la relación entre representación y conducta en un plano individual, sino también colectivo, donde las relaciones son complejas e intervienen aspectos de identidad social, memorias colectivas e ideologías dominantes (Casas, 2006; Howarth, 2006).

La disparidad entre representación y conducta es especialmente evidente en relación con los impulsos apetitivos (ligados a objetos cuya búsqueda genera excitación y su consumo placer), para los cuales la sociedad exige un control estricto bajo ciertos códigos éticos, civiles y penales. Su descontrol usualmente es catalogado de vicio, perversión o adicción y puede acarrear desde desprestigio y marginación hasta penas de privación de la libertad y muerte (Conrad, 1992; Sobel & Maurer, 1999). Entre estos impulsos apetitivos se halla el comer, cuyo exceso conlleva, entre otras cosas, sobrepeso y obesidad.

Un elemento que se suele estudiar dentro de la representación de un objeto es la atribución causal o de responsabilidad. Es frecuente atribuir la obesidad a comer en exceso, falta de actividad física, falta de voluntad ante las tentaciones y comer por ansiedad, aburrimiento o soledad, esto es, a causas bajo el control de la persona (Greenleaf & Weiller, 2005; Marques, Saha, & Guaresch, 2006).

Usualmente las representaciones son más ricas o elaboradas entre los afectados y las personas que conviven con ellos que entre personas ajenas al problema, debido a la experiencia y la motivación o necesidad de enfrentarse al objeto de representación (Ortega, 2006). Así, ante el objeto del sobrepeso/obesidad, las personas ajenas al problema manejarán un estereotipo y las que lo padecen una representación más matizada.

Existen publicaciones de atribución del sobrepeso/obesidad procedentes de muestras estadounidenses (Greenleaf & Weiller, 2005; Stinson, 2001), argentinas (Schenckman, 2010) y brasileñas (Marques et al., 2006), pero no así en muestras mexicanas. Aparte del aspecto puramente descriptivo, las relaciones de las atribuciones con índice de masa corporal y alteración alimentaria no están bien establecidas en los estudios realizados. De ahí que la presente investigación tiene como objetivos: 1) describir las atribuciones causales del sobrepeso/obesidad propio o de personas allegadas, explorando dimensiones subyacentes; 2) comparar las frecuencias de las atribuciones y medias de los componentes de atribución entre mujeres con sobrepeso/obesidad y mujeres con normopeso/infrapeso; 3) determinar la relación de las distintos tipos de atribuciones, componentes de atribución y variables socio-demográficas con las variables continuas de índice de masa corporal (IMC) y alteración alimentaria, entendida esta última como hiperfagia, auto-indulgencia o pérdida de control al comer; y 4) generar modelos predictivos para la variable criterio dicotómica de tener o no sobrepeso/obesidad y para las variables criterio continuas de IMC y alteración alimentaria, empleando como predictores las atribuciones y variables socio-demográficas correlacionadas con estos criterios, además contemplándose alteración alimentaria como predictor en los modelos para las dos primeras variables criterio e IMC en el modelo para la tercera variable criterio.

Se espera que sí exista un perfil diferencial de atribuciones entre ambos grupos y una asociación entre el tipo de atribución con tener o no sobrepeso/obesidad, IMC y alteración alimentaria, siendo los contenidos atributivos de falta de voluntad, comer de más, no hacer ejercicio y problemas psicológicos los más diferenciales. Se pronostica que las personas que sufren el problema de sobrepeso/obesidad serán las más sensibles a estas atribuciones causales, esto es, las señalarán con más frecuencia, como reflejan los estudios de representaciones sociales entre personas con distinto grado de implicación con el objeto representado (Ortega, 2006). Se espera que algunos contenidos o componentes atribucionales sean pre-

dictores de tener o no sobrepeso/obesidad, IMC y de alteración alimentaria con un peso de bajo a moderado-bajo. Mayor edad, mayor número de hijos, estar casada, menor status económico y menor escolaridad serán variables diferenciales de sobrepeso/obesidad versus normopeso/infrapeso (Gutiérrez et al, 2012; Hedley et al., 2004).

Método

Muestra

Se empleó un muestreo por cuotas de grupos de IMC: 50% sobrepeso/obesidad y 50% normopeso/infrapeso. El total de participantes fue 217 mujeres, residentes en Monterrey. De las 217 participantes, 107 tuvieron un IMC < 25 (normopeso-infrapeso) y 110 tuvieron un IMC \geq 25 (sobrepeso-obesidad), siendo el número de miembros de cada grupo estadísticamente equivalente (prueba binomial: $p = .89$). Las edades oscilaron entre los 20 y 40 años, con una media de 26 años ($DE = 6.8$). El 1% (3 de 217) reportó tener estudios de primaria, 13% (28) de secundaria, 41% (88) de preparatoria y 45% (98) universitarios. El 69% de las mujeres (150 de 217) dijeron pertenecer a clase media, 18% (39) a media alta, 11% (23) a media baja, 1% (3) a baja y otro 1% (2) a alta. El 71% de las participantes (154 de 217) señalaron ser solteras, 26% (56) casadas, 2% (5) divorciadas o separadas y 1% (2) en unión libre. El 74% de las encuestadas (160 de 217) informaron no tener hijos, y en las que sí reportaron tenerlos, el valor modal fue de 2.

Para la recolección de los datos se implementaron dos estrategias: (1) evaluación en una clínica de salud privada para control de peso ($n = 60$), y (2) invitación a la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León a través de los alumnos de licenciatura, en cuyas instalaciones se realizaron las mediciones antropométricas y la aplicación del cuestionario ($n = 157$). Al reclutar a las participantes se llevó registro de los grupos de índice masa corporal con el fin de alcanzar las cuotas predefinidas.

En un principio se planeó hacer el estudio casa

por casa, pero dadas las dificultades que generaba para el registro de datos antropométricos (medición de peso y talla), además de la inseguridad por la violencia que se presentaba en la localidad al tiempo de efectuar el presente estudio, es por ello que se descartó este procedimiento. Gracias a la facilitación de las instalaciones de la clínica de Salud en donde se evaluaron a 60 mujeres, así como de la Facultad de Psicología a donde acudieron el resto de las participantes (157), se configuró la muestra bajo la invitación a mujeres de diferentes grupos de peso, hasta completar el total de las cuotas de grupos de IMC requeridas. Se pretendía un número mínimo de 200 participantes para contar con un tamaño de muestra adecuado para el empleo de modelamiento de ecuaciones estructurales (Kline, 2010).

Los criterios de inclusión fueron: sexo femenino, ser residente de la Ciudad de Monterrey, Nuevo León, tener entre 20 y 40 años cumplidos y aceptar de forma voluntaria la participación en el estudio. Los criterios de exclusión fueron: embarazo, marcado infrapeso, desnutrición, caquexia o sospecha de anorexia, rechazo a participar en el estudio y dejar incompleto el cuestionario.

Se tomó en cuenta las recomendaciones de la American Psychological Association (2002) sobre los aspectos éticos para la investigación con seres humanos. Así se dio a las participantes la información sobre los propósitos del estudio, se garantizó la confidencialidad de la información aportada y se solicitó el consentimiento firmado.

Instrumentos

Atribución del propio sobrepeso/obesidad. A todas las participantes del estudio se les formuló una pregunta cerrada: “¿cuáles considera que son las causas de su sobrepeso/obesidad? Marque todas las que usted considere”. Las opciones de respuestas fueron: “genes (herencia)”, “hábitos”, “comer más que otra gente”, “falta de ejercicio”, “problemas psicológicos”, “metabolismo”, “falta de voluntad”, “mucha presión para comer”, “comer comida chatarra” y “otras. ¿Cuáles?”. De un estudio cualitativo sobre

funciones del yo en personas con obesidad, se extrajeron las opciones de respuesta para describir las atribuciones causales del sobrepeso/obesidad. Estas fueron establecidas por un análisis de contenido (Stroe, 1995).

Índice de Masa Corporal (IMC). Se calculó utilizando la fórmula de Quetelet, dividiendo el peso medido en kilogramos por la altura al cuadrado medida en metros. En la presente muestra su distribución de media 26.44 ($DE = 6.30$) se ajustó a una curva normal según la prueba de Kolmogorov-Smirnov ($Z_{K-S} = 1.25$, $p = .09$). Se dicotomizó la variable IMC, considerando los grupos definidos por la World Health Organization (1995): 1= infrapeso/normopeso (< 25) y 2 = sobrepeso/obesidad (≥ 25).

Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ) de O'Donnell y Warren (2007). Se compone de 80 ítems tipo Likert con un rango de respuesta de cinco puntos (de 0 "nada" a 4 "muchísimo"). Se usó la adaptación mexicana de Meza y Moral (2011) que redujo el cuestionario a 64 ítems y diez factores: alteración afectiva (AF) con 7 ítems ($\alpha = .85$), antojos alimentarios (AN) con 6 ítems ($\alpha = .81$), motivación para bajar de peso (MO) con 8 ítems ($\alpha = .87$), aislamiento social (AI) con 7 ítems ($\alpha = .77$), defensividad (DE) o autoengaño con 6 ítems ($\alpha = .78$), subingesta (SUB) con 3 ítems ($\alpha = .65$), hábitos de salud (SA) con 6 ítems 2 ($\alpha = .78$), sentimientos positivos al comer (POSI) con 4 ítems ($\alpha = .75$), comer excesivo (COMER) con 11 ítems ($\alpha = .86$), e imagen corporal (CO) con 6 ítems ($\alpha = .87$). Meza y Moral (2011) definieron un puntaje total, invirtiendo las puntuaciones de hábitos de salud (SA), sentimientos positivos al comer (POSI), imagen corporal (CO) y defensividad (DE), que refleja alteración alimentaria en un sentido de hiperfagia, auto-indulgencia o pérdida de control al comer. La puntuación total de cuestionario (OQ) se obtiene sumando todos los ítems, aunque de forma previa hay que invertir las puntuaciones de los ítems de hábitos de salud (SA), sentimientos positivos al comer (POSI), imagen corporal (CO) y defensividad (DE); de este modo se logra que todos los ítems puntúen en un sentido de alteración o problemas con el comer. La distribución del puntaje

total de OQ de media 95.47 ($DE = 24.96$) se ajustó a una curva normal según la prueba de Kolmogorov-Smirnov: $Z_{K-S} = 0.85$, $p = .47$ (Meza & Moral, 2011).

Procedimiento

Cada caso se empezó con el registro por el encuestador de los datos sociodemográficos y antropométricos. Para la medición de talla y peso se empleó una báscula clínica con estadímetro, la cual permite medir estatura hasta 1.95 metros y peso hasta 160 kilogramos. Para la medición de la talla se posicionó a cada participante en el plano Frankfurt (con la línea imaginaria trazada desde el extremo inferior de la órbita hasta el borde superior del conducto auditivo externo en posición paralela al piso cuando). Se proseguía con la administración individual del cuestionario de autoinforme. La muestra fue colectada de enero a septiembre de 2010.

Análisis de datos

Para describir las atribuciones causales del sobrepeso/obesidad, se calcularon las frecuencias y porcentajes de las 9 categorías especificadas en el cuestionario. Para explorar las dimensiones subyacentes entre estas categorías, se extrajeron los factores de atribución del sobrepeso/obesidad por Análisis de Componentes Principales desde la matriz de correlaciones (coeficientes phi) de las 9 variables dicotómicas (presencia o ausencia de cada atribución). La matriz de componentes fue rotada por el método Varimax. Las puntuaciones factoriales se calcularon por el método de Anderson-Rubin, garantizándose de este modo la independencia entre ellas.

Las frecuencias de las categorías específicas de atribución entre los dos grupos de IMC se compararon por la prueba chi-cuadrado con la corrección de Yates para tablas 2x2; las asociaciones se estimaron por el coeficiente phi (ϕ). Las medias de los factores de atribución entre los dos grupos de IMC se compararon por la prueba t de Student para muestras independientes; las asociaciones se estimaron por el coeficiente de correlación biserial-puntual (r_{bp}).

Para determinar los correlatos significativos de la variable criterio dicotómica de tener o no sobrepeso/obesidad entre las variables socio-demográficas numéricas (edad, escolaridad, clase social y número de hijos) y la puntuación total y los factores de alteración alimentaria (OQ), se empleó la prueba *t* de Student para muestras independientes y coeficiente de correlación biserial-puntual (r_{bp}); para determinar los correlatos significativos con las variables socio-demográficas cualitativas (sexo y estado civil), se empleó la prueba chi-cuadrado y los coeficientes de correlación phi o V de Cramer. Los correlatos numéricos significativos de IMC y alteración alimentaria (puntuación total) se hallaron por el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson (r). Las relaciones del IMC y la puntuación total de alteración alimentaria (OQ) con sexo se estimó por coeficiente de correlación biserial-puntual (r_{bp}) y con estado civil por análisis de varianza y el coeficiente eta (η).

En los modelos de regresión sólo se introdujeron correlatos significativos. Se predijo el tener o no sobrepeso/obesidad (grupos de índice de masa corporal) por regresión logística binaria por el método de pasos sucesivos hacia adelante, empleando el criterio condicional. Los modelos predictivos de IMC y del puntaje total de OQ se generaron por regresión lineal múltiple sólo con correlatos numéricos. El ajuste a los datos de los modelos predictivos de IMC y del puntaje total de OQ se contrastó por Máxima Verosimilitud, considerando seis índices: chi-cuadrado ($p > .05$ bueno o $p > .01$ adecuado), índice de bondad de ajuste [GFI] de Joreskog-Sorbom y comparativo de ajuste [CFI] de Bentler ($\geq .95$ bueno o $\geq .85$ adecuado), índice ajustado de bondad de ajuste [AGFI]

de Joreskog-Sorbom y normado de ajuste [NFI] de Bentler-Bonnett ($\geq .90$ bueno o $\geq .80$ adecuado) y residuo cuadrático medio de aproximación [RMSEA] de Steiger-Lind ($< .05$ bueno o $< .08$ adecuado).

En la pruebas de contraste se rechazó la hipótesis nula con una $p < .05$. Los cálculos se realizan con el SPSS16 y AMOS16.

Resultados

Atribuciones causales del sobrepeso/obesidad

El 76% (166 de 217) de las participantes atribuyó el sobrepeso/obesidad a malos hábitos de comer, 76% (166) a falta de ejercicio físico, 60% (130) a la comida chatarra, 40% (86) a la falta de voluntad, 38% (82) a un metabolismo lento, 32% (69) a la herencia genética, 21% (45) a problemas psicológicos, 20% (43) a comer de más, y 7% (16) a la presión de otros a comer.

Se extrajeron los factores de la matriz de correlaciones (coeficientes ϕ) de las 9 atribuciones (variables dicotómicas) por el método de Componentes. Por el criterio de Kaiser (autovalores mayores a 1) se definieron tres componentes que explicaron el 49.29% de la varianza total. Se realizó una rotación de ejes ortogonal por el método Varimax. El primero estuvo integrado comer de más, comer comida chatarra, falta de voluntad y mucha presión para comer. Explicó el 17.16% de la varianza, la consistencia interna de sus cuatro ítems dicotómicos fue aceptable ($KR-20 = .67$) y se denominó: atribución del sobrepeso/obesidad a causas dietético-nutricionales o forma de comer. El segundo lo integraron hábitos y problemas psicológicos. Explicó el 16.75% de la varianza total, la consistencia interna de ambos ítems fue aceptable ($KR-20 = .61$) y se denominó: atribución del sobrepeso/obesidad a causas psicológicas. El tercero lo definieron herencia genética, metabolismo lento y falta de ejercicio. Explicó el 15.38% de la varianza, la consistencia interna de los tres ítems también fue aceptable ($KR-20 = .63$) y se puede denominar atribución del sobrepeso/obesidad a causas médicas (véase Tabla 1).

Tabla 1.
Matriz de componentes rotada

Atribuciones	C1	C2	C3
Comer de más	.70	-.09	.17
Comer comida chatarra	.62	.14	-.03
Falta de voluntad	.55	.43	-.36
Mucha presión para comer	.41	.36	.16
Hábitos	-.02	.70	.12
Problemas psicológicos	.14	.70	.10
Herencia genética	.07	.11	.74
Metabolismo	-.06	.41	.64
Falta de ejercicio	.41	-.06	.47
Autovalor	1.54	1.51	1.38
% de varianza explicada (49.29%)	17.16%	16.75%	15.38%

Método: Componentes Principales. Rotación: Varimax. La rotación convergió en 8 iteraciones.

Diferencias en atribuciones entre tener o no sobrepeso/obesidad y relación con IMC

Al comparar las distribuciones de las nueve atribuciones especificadas entre los dos grupos de índice de masa corporal (infrapeso/normopeso y sobrepeso/obesidad) se halló diferencia significativa en la atribución de falta de voluntad. Las personas con sobrepeso/obesidad atribuyen el problema más a esta causa que aquéllas con normopeso/infrapeso. La asociación de ambas variables fue baja, compartiendo sólo 3% de la varianza. También la diferencia en falta de ejercicio físico fue estadísticamente significativa y la asociación fue baja, compartiendo también el 3% de la varianza. Nuevamente las personas con sobrepeso/obesidad tuvieron un porcentaje de atribución a esta causa mayor que las personas con normopeso/infrapeso (véase Tabla 2).

Tabla 2. Diferencia de la distribución de la conformidad o no con las atribuciones de la causalidad entre personas con normopeso-infrapeso y sobrepeso-obesidad

Atribución	IMC < 25 (n = 107)		IMC >= 25 (n = 110)		χ^2	$\frac{\chi^2}{c}$	ϕ
	Atrib: No	Atrib: Sí	Atrib: No	Atrib: Sí			
Hábitos	27 (25%)	80 (75%)	24 (22%)	86 (78%)	0.35 _{ns}	0.19 _{ns}	.04 _{ns}
Falta de ejercicio	33 (31%)	74 (69%)	18 (16%)	92 (84%)	6.32 ^{**}	5.54 [*]	.17 ^{**}
Comida chatarra	45 (42%)	62 (58%)	42 (38%)	68 (62%)	0.34 _{ns}	0.20 _{ns}	.04 _{ns}
Falta de voluntad	74 (69%)	33 (31%)	57 (52%)	53 (48%)	6.82 ^{**}	6.11 ^{**}	.18 ^{**}
Metabolismo	64 (60%)	43 (40%)	71 (65%)	39 (35%)	0.52 _{ns}	0.33 _{ns}	-.05 _{ns}
Genes	67 (63%)	40 (37%)	81 (74%)	29 (26%)	3.04 _{ns}	2.55 _{ns}	-.12 _{ns}
Probl. psicológicos	84 (79%)	23 (21%)	88 (80%)	22 (20%)	0.07 _{ns}	0.01 _{ns}	-.02 _{ns}
Comer de más	89 (83%)	18 (17%)	85 (77%)	25 (23%)	1.19 _{ns}	0.85 _{ns}	.07 _{ns}
Presión para comer	98 (92%)	9 (8%)	103 (94%)	7 (6%)	0.33 _{ns}	0.10 _{ns}	-.04 _{ns}

χ^2_2 Con la corrección de Yates para tablas 2x2. En todos los contrastes hay 0 celdas (0%) con valores esperados menores que 5 y la frecuencia esperada es mayor que 1, cumpliéndose los supuestos de la prueba. Significación: *ns* = *p* > .05, * *p* ≤ .05, ** *p* ≤ .01.

Se encontraron diferencias de medias significativas de IMC entre los dos grupos de conformidad o no con las atribuciones del sobrepeso/obesidad a falta de voluntad, falta de ejercicio y comer de más. Las personas que atribuyeron el sobrepeso/obesidad a falta de voluntad, falta de ejercicio y comer de más presentaron mayor IMC que las que no realizaron tales atribuciones, pero las asociaciones fueron nuevamente bajas. Las varianzas compartidas fluctuaron de 2 a 4% (véase Tabla 3).

De los tres componentes del atribución del sobrepeso/obesidad sólo el de causas dietético-nutricionales o forma de comer presentó correlación baja con

Tabla 3. Diferencia de medias en IMC por conformidad o no en la atribución causal de sobrepeso y obesidad

Atribución causal	IMC						<i>t</i>	Diferencia media		<i>rbp</i>
	Conformidad: No			Conformidad: Sí				<i>M</i>	<i>EE</i>	
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>				
Hábitos	51	26.25	6.30	51	24.45	5.12	-0.25 _{ns}	-0.25	1.01	.02 _{ns}
Falta de ejercicio	166	27.05	6.51	166	26.74	6.39	-2.97 ^{**}	-2.60	0.88	.18 ^{**}
Comida chatarra	87	26.84	7.07	130	26.17	5.74	0.74 _{ns}	0.67	0.91	-.05 _{ns}
Falta de voluntad	131	25.39	5.75	86	28.05	6.78	-3.10 ^{**}	-2.66	0.86	.21 ^{**}
Metabolismo	135	26.95	6.48	82	25.59	5.93	1.55 _{ns}	1.36	0.88	-.10 _{ns}
Genes	148	26.87	6.36	69	25.51	6.12	1.48 _{ns}	1.36	0.92	-.10 _{ns}
Probl. psicológicos	172	26.64	6.28	45	25.66	6.41	0.93 _{ns}	0.98	1.05	-.06 _{ns}
Comer de más	174	26.02	5.92	43	28.15	7.49	-1.99 [*]	-2.13	1.07	.13 [*]
Presión para comer	201	26.43	6.31	16	26.54	6.33	-.06 _{ns}	-0.10	1.64	.01 _{ns}

Significación: *ns* = *p* > .05, * *p* ≤ .05, ** *p* ≤ .01.

IMC (*r* = .18, *p* < .01) y fue diferencial entre los dos grupos de índice de masa corporal (*t*[215] = 2.28, *p* < .01), siendo la asociación de este factor atribucional y tener o no sobrepeso/obesidad baja (*rbp* = .15, *p* = .02). Promediaron más alto las mujeres con sobrepeso/obesidad (véase Tabla 4).

Tabla 4. Correlación de los componentes atribucionales con tener o no sobrepeso/obesidad, IMC y puntuación total de alteración alimentaria

Componentes de atribución	DIMC	IMC	OQ
	<i>r_{bp}</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
Causas dietético-nutricionales	.15 [*]	.18 ^{**}	.17 ^{**}
Causas psicológicas	-.01 _{ns}	-.05 _{ns}	.06 _{ns}
Causas médicas	-.09 _{ns}	-.09 _{ns}	-.19 ^{**}

DIMC = Dicotomización de IMC o tener o no sobrepeso/obesidad: 1= No (IMC < 25) y 2= Sí (IMC ≥ 25). Puntuación total del cuestionario OQ (de alteración alimentaria): OQ = AF + AN + MO + AI + DE (items invertidos) + SUB + SA (items invertidos) + POSI (items invertidos) + COMER + CO (items invertidos).

Significación: *ns* = *p* > .05, * *p* ≤ .05, ** *p* ≤ .01. Coeficientes de correlación: *r_{bp}* = correlación biserial-puntual, *r* = coeficiente de correlación producto-momento de Pearson.

Relación de atribuciones e IMC con alteración alimentaria

Al comparar las medias de alteración alimentaria (puntaje total de OQ) entre los dos grupos de conformidad o no con las atribuciones, se obtuvo diferencia significativa en falta de voluntad (*t*[215] = -3.92, *p* < .01), metabolismo lento (*t*[215] = 2.18, *p* = .03) y comer de más (*t*[215] = -2.06, *p* = .04). Las personas que atribuyen el sobrepeso/obesidad a falta de voluntad y a comer de más, pero no a un metabolismo lento tuvieron mayores medias en alteración alimentaria, siendo las asociaciones bajas. Las varianzas compartidas fluctuaron de 2 a 7%.

La correlación de alteración alimentaria con IMC fue directa y moderada, ya sea como variable dicotomizada (*r_{bp}* = .40, *p* < .01) como continua (*r* = .40, *p* < .01).

De los componentes de la atribución los de causas dietético-nutricionales y causas médicas correlacionaron con alteración alimentaria (.17 y -.19, respectivamente). Cuanta más alteración alimentaria se presenta, más probable es la atribución a causas dietético-nutricionales y menos a causas médicas. El de causas psicológicas fue independiente (véase Tabla 4).

Diferencias y asociaciones sociodemográficas con los tres criterios

Los dos grupos de índice de masa corporal fueron equivalentes en el nivel de escolaridad ($t[191.41] = 1.03, p = .30$). Ambos grupos difirieron en edad ($t[190.41] = -5.26, p < .01$) con una diferencia media de cuatro años y medio. Las mujeres con sobrepeso/obesidad presentaron más edad con una media de 28.25 años ($DE = 7.52$) que aquéllas con normopeso/infrapeso con una media de 23.69 años ($DE = 5.01$). La asociación fue moderada baja ($r_{bp} = .34, p < .01$). También fue diferencial el nivel socioeconómico ($t[215] = 2.49, p = .01$), perteneciendo a una clase social más baja aquellas mujeres con sobrepeso/obesidad. La asociación fue baja ($r_{bp} = -.17, p = .01$). La distribución del estado civil fue diferencial ($\chi^2[4, N = 217] = 9.46, p(\text{exacta}) = .02$), aunque la asociación por la V de Cramer no es significativa ($V = .21, p > .05$). Hubo más solteras entre las mujeres con normopeso/infrapeso; más casadas, divorciadas, separadas y en unión libre, entre las mujeres con sobrepeso/obesidad. El tener o no hijos ($\chi^2[1, N = 217] = 11.74, p < .01$; con la corrección de Yates: 10.71, $p < .01$) y promedio de número de hijos ($t[175.57] = -4.01, p < .01$) fueron diferenciales, teniendo más hijos el grupo con sobrepeso/obesidad que el de normopeso/infrapeso. Las asociaciones fueron bajas ($\phi = .23$ y $r_{bp} = .26, p < .01$, respectivamente) (véase Tabla 5).

Excepto la escolaridad, todas las variables sociodemográficas correlacionaron con IMC: edad, estado civil, tener o no hijos, número de hijos y nivel socioeconómico (véase Tabla 5).

La alteración alimentaria (puntaje total de OQ)

Tabla 5.

Correlación de las variables sociodemográficas con tener o no sobrepeso u obesidad, IMC y alteración alimentaria

Variables Socio-demográficas	Coef.	DIMC	Coef.	IMC	OQ
Edad	r_{bp}	.34**	r	.40**	.23**
Estado civil	V	.21*	η	.22*	.23*
Tener hijos (1 = No y 2 = Si)	ϕ	.23**	r_{bp}	.20**	.13*
Número de hijos	r_{bp}	.26**	r	.21**	.19**
Nivel socioeconómico	r_{bp}	-.17**	r	-.21**	-.07 ns
Escolaridad	r_{bp}	-.070 ns	r	-.060 ns	-.010 ns

$N = 217$. DIMC = Dicotomización de IMC o tener o no sobrepeso/obesidad: 1 = No ($IMC < 25$) y 2 = Sí ($IMC \geq 25$). Puntuación total del cuestionario OQ (de alteración alimentaria): $OQ = AF + AN + MO + AI + DE(\text{items invertidos}) + SUB + SA(\text{items invertidos}) + POSI(\text{items invertidos}) + COMER + CO(\text{items invertidos})$.

Coefficientes de correlación: r_{bp} = correlación biserial-puntual, V = coeficiente V de Cramer, ϕ = coeficiente de correlación phi, r = coeficiente de correlación producto-momento de Pearson. Significación: ns = $p > .05$, * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$.

correlacionó con la edad, número de hijos, tener o no hijos y estado civil. La escolaridad y nivel socioeconómico fueron independientes. Hubo menor alteración alimentaria (comer excesivo) a menor edad, no tener hijos, menor número de hijos y estar soltera (véase Tabla 5)

Predicción del pertenecer o no al grupo de sobrepeso/obesidad

Se predijo el tener o no sobrepeso/obesidad por regresión logística binaria con sus correlatos significativos: las atribuciones de falta de voluntad y falta de ejercicio físico, factor de atribución de causas dietético-nutricionales, alteración alimentaria (puntaje total de OQ), edad, nivel socioeconómico, estado civil, tener o no hijos y número de hijos. Se calculó por el método de pasos sucesivos hacia adelante. Quedó integrado por cuatro variables y una constante, teniendo todos sus elementos pesos significativos. En la atribución de la obesidad, hacer ejercicio ($OR = 0.41$, IC 95%: 0.20, 0.87) y mayor nivel socioeconómico ($OR = 0.58$, IC 95%: 0.33, 0.99) actuaron como factores de protección; mayor edad ($OR = 1.10$, IC 95%: 1.05, 1.16) y mayor alteración alimentaria ($OR = 1.04$, IC 95%: 1.02, 1.05) actuaron como factores de riesgo. El modelo mostró bondad de ajuste por la prueba de Hosmer-Lemeshow ($\chi^2[8, N = 217] = 8.21, p = .41$); explicó el 34% de la varianza del criterio por la correlación múltiple al cuadrado de Nagelkerke; y clasificó de forma correcta al 70% (151 de 217) de los participantes, siendo el modelo ligeramente más específico (rechazo del no caso) con 72% (77 de 107) de ciertos que sensible (detección

del caso) con 67% (74 de 110) de aciertos.

Predicción de IMC

Como predictores inicialmente se introdujeron en el modelo de regresión lineal múltiple todos los correlatos numéricos de IMC: factor de atribución de causas dietético-nutricionales, alteración alimentaria (puntaje total de OQ), edad, nivel socioeconómico y número de hijos. El modelo se calculó por el método de pasos sucesivos (*Stepwise*). El modelo fue significativo ($F[4, 212] = 23.12, p < .01$) y quedó integrado por una constante y cuatro variables: edad ($\beta = .43, p < .01$), alteración alimentaria ($\beta = .33, p < .01$), número de hijos ($\beta = -.17, p = .03$) y nivel socioeconómico ($\beta = -.16, p = .01$). Explicó el 29% de IMC. Se observó colinealidad en las variables de edad y número de hijos; esto fue indicado por la reducción de los valores de los coeficientes de correlación al ser parcializados y los valores de tolerancia e inflación de la varianza alejados de 1. No obstante, las variables de alteración alimentaria y nivel socioeconómico no mostraron estos problemas de colinealidad (véase Tabla 6). La distribución de los residuos se ajustó a una curva normal ($Z_{K-S} = 1.08, p = .19$) y éstos no mostraron dependencia lineal en el diagrama de dispersión con los valores estandarizados pronosticados por el modelo, cumpliéndose en estos dos aspectos los supuestos de la prueba.

Tabla 6.
Modelos de regresión lineal múltiple de IMC

Modelo	Coeficiente		β	Significación		Correlaciones			Colinealidad		
	B	EE		t	p	r	r_p	r_{sp}	Tol	FIV	
Método: Pasos progresivos (<i>Stepwise</i>)	Constante	13.73	2.90	4.74	<.01						
	Edad	0.40	0.08	.43	5.32	<.01	.40	.34	.30	.49	2.03
	OQ	0.08	0.01	.33	5.54	<.01	.40	.36	.32	.95	1.06
	No. Hijos	-1.13	0.52	.17	-2.15	.03	.21	.15	.12	.50	2.00
NSE	-1.65	0.60	.16	-2.76	.01	.21	.19	.16	.98	1.02	
Método: Introducir (<i>Enter</i>)	Constante	23.26	2.55	9.13	<.01						
	OQ	0.09	0.02	.37	5.99	<.01	.40	.38	.36	.97	1.03
	NSE	-1.88	0.63	.18	-2.99	<.01	.21	.20	.18	.99	1.00
	CDN	0.72	0.38	.12	1.89	<.05	.18	.13	.11	.97	1.03

CDN = Atribución del sobrepeso u obesidad a causas dietético-nutricionales o forma de comer, Puntuación total del cuestionario OQ (de alteración alimentaria): OQ = AF + AN + MO + AI + DE(items invertidos) + SUB + SA(items invertidos) + POSI(items invertidos) + COMER + CO(items invertidos), NSE = Nivel socio-económico.

Para superar los problemas de colinealidad se calculó de nuevo el modelo con tres variables por el método de Introducción forzada (*Enter*): alteración alimentaria y nivel socioeconómico, que fueron pre-

dictores independientes del modelo anterior, además del factor de causas dietético-nutricionales o forma de comer. Se obtuvo un modelo significativo ($F[3, 213] = 18.79, p < .01$) que explicó el 20% de la varianza de IMC, con todos sus predictores con pesos significativos y sin problemas de colinealidad. Mayor alteración alimentaria ($\beta = .37, p < .01$), menor nivel socioeconómico ($\beta = -.18, p < .01$) y mayor atribución a causas dietético-nutricionales o forma de comer ($\beta = .12, p < .05$) pronosticaron mayor índice de masa corporal (véase Tabla 6).

Al contrastar el modelo por análisis de trayectorias, considerando la correlación entre el componente atribucional de forma comer y la alteración alimentaria, se obtuvo un porcentaje de varianza explicada de 20% y unos índices de ajuste buenos: $\chi^2(2, N = 217) = 1.11, p = .57, \chi^2/gl = 0.56, GFI = 1, AGFI = .99, NFI = .98, CFI = 1, FD = 0.01, PNCP < 0.01$ y $RMSEA < 0.01$ (véase Figura 1).

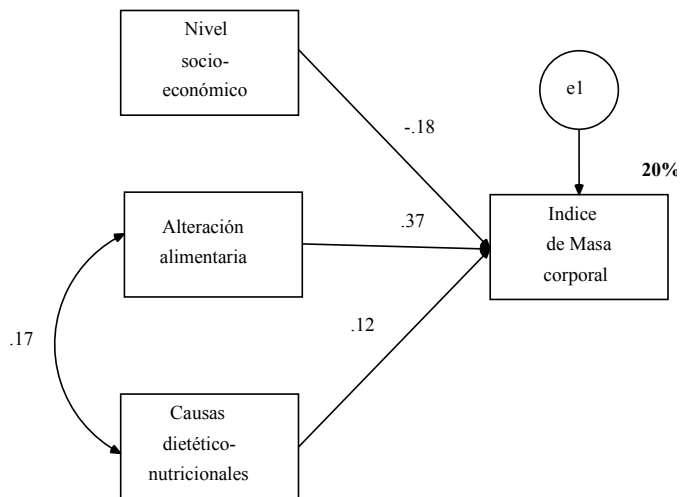


Figura 1. Modelo de predicción de IMC estimado por Máxima Verosimilitud con sus parámetros estandarizados.

Predicción de alteración alimentaria

Se pronosticó el puntaje total de OQ por regresión lineal con sus correlatos numéricos: componentes atribucionales de causas dietético-nutricionales y médicas, IMC, edad y número de hijos. Modelo fue significativo ($F(2, 214) = 24.29, p < .01$). Quedó integrado por IMC ($\beta = .39, p < .01$), el componente atribucional de causas médicas ($\beta = -.15, p = .01$)

y una constante. Explicó el 18% de la varianza del puntaje total de OQ. Las variables predictoras mostraron escasa colinealidad; esto es reflejado por el hecho de que los valores de correlación se mantengan casi iguales al ser parcializados y unos valores de tolerancia e inflación de la varianza próximos a cero. El modelo indicó que mayor IMC y menor atribución a causas médicas pronostican mayor alteración alimentaria. Al contrastar el modelo por análisis de trayectorias el ajuste fue bueno: $\chi^2(1, N = 217) = 1.88, p = .17, GFI = .99, AGFI = .97, NFI = .96, CFI = .98, FD = 0.01, PNCP < 0.01$ y $RMSEA = .06$ (véase Figura 2).

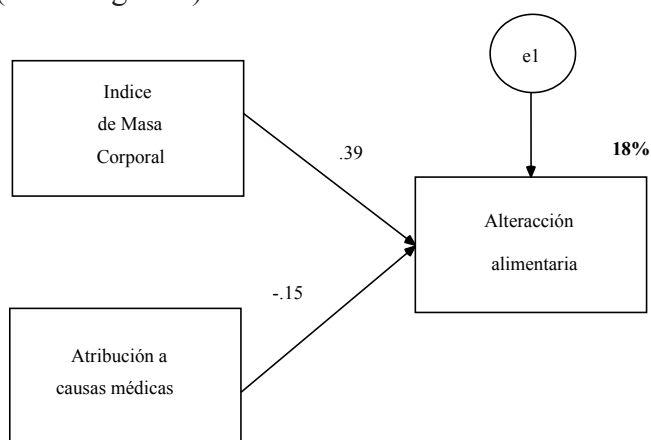


Figura 2. Modelo de predicción de alteración alimentaria (puntuación total de OQ) estimado por Máxima Verosimilitud con sus parámetros estandarizados.

Discusión

Atribución del sobrepeso/obesidad

En la muestra conjunta el sobrepeso/obesidad propio (en el grupo con $IMC \geq 25$) o de personas allegadas (en el grupo con $IMC < 25$) se atribuye a causas imputables y bajo el control potencial de la persona que sufre el problema: malos hábitos (picar entre horas, picar al hacer la comida y antes de sentarse a la mesa, atacarse a comer en las cenas, irse a dormir inmediatamente después de cenar, comer muchas harinas, comer platillos muy cremosos, postres dulces, buscar cualquier excusa para comer pasteles y abusar de los bufetes, carnes asadas o reuniones familiares todos los domingos), falta de ejercicio (por falta de tiempo, flojera, incomodidad con el sudor o

molestias físicas), comer comida chatarra y falta de voluntad (para resistirse a los antojos, al deseo de picar, a consentirse con un rico postre, para apegarse a un plan dietético y poder comer con moderación en las reuniones sociales y bufetes). No obstante, el comer de más (o más que otras personas) es señalado con muy baja frecuencia. Tampoco a los problemas psicológicos se les concede mucha importancia. En ambos casos sólo un quinto de la muestra los señala cuando tres cuarto imputan el sobrepeso/obesidad a los malos hábitos.

Aunque comer más que otras personas es poco señalado, las mujeres con sobrepeso/obesidad sí los indican más. La diferencia mayor entre ambos grupos de índice de masa corporal aparece en las categorías atribucionales de falta de voluntad y falta de ejercicio, las cuales se encuentran entre las atribuciones causales destacadas con más frecuencia. Como se esperaba desde los estudios de representaciones sociales son más sensibles las mujeres que viven el problema que aquéllas que lo observan en otras (Ortega, 2006).

Subyace a la interrelación de las nueve atribuciones especificadas tres factores: atribución a la forma de comer, a causas psicológicas y médicas. El factor diferencial entre los grupos de sobrepeso/obesidad e infrapeso/normopeso es la atribución a la forma de comer. Lo que es consonante con el hecho de que comer de más y falta de voluntad, que son variables integrantes del factor, sean diferenciales entre ambas grupos.

Relación de IMC con variables sociodemográficas y alteración alimentaria

El IMC se relaciona especialmente con la edad. Las mujeres más jóvenes son más esbeltas y las mujeres con más edad son las que presentan más índice de masa corporal. Los datos confirman de forma clara que el problema del sobrepeso/obesidad está relacionado con el envejecimiento del organismo, como aparece en los estudios epidemiológicos (Gutiérrez et al., 2012; Hedley et al., 2004). Sin embargo, esta causa no aparece espontáneamente en la entrevista.

Al señalarse otras causas éstas son cuadros clínicos, como hipotiroidismo. Ni siquiera Stroe consideró esta atribución en la representación social del problema (Stroe, 1995). Quizá la juventud está ligada a la belleza y la belleza a la delgadez, pero la relación no es transitiva y finalmente la delgadez está desconectada de la juventud en la representación social (Montero, 2001).

El estado civil (no solteras), el tener hijos y el mayor número de hijos correlacionan con más índice de masa corporal. Todas ellas relacionadas finalmente con el cambio que sufre el cuerpo de la mujer con el embarazo y la lactancia. Los embarazos sucesivos, si no hay una fuerte motivación para mantener la línea o recursos adecuados para lograr el objetivo, van incrementando el índice de masa corporal, empezando por la acumulación de grasa en caderas y senos. La vida ligada al dominio doméstico y la fuerte demanda de tiempo que supone el cuidado de los hijos, especialmente en mujeres de bajos recursos, dificulta el recuperar la figura que se tenía antes del primer embarazo, a lo que se va a sumar la ineficacia metabólica que imprime el envejecimiento, especialmente por encima de los 40 años. Así, las correlaciones reflejan la historia natural del fenómeno del sobrepeso/obesidad en las condiciones actuales de vida (Linné, Dye & Barkeling, & Rössner, 2006).

La relación entre nivel socioeconómico bajo y mayor índice de masa corporal, aunque es conocida, con frecuencia es obviada o insuficientemente ponderada, cuando resulta muy reveladora de la realidad social en la región americana (Aguirre, 2004). Ésta se puede atribuir a dos causas. La primera y probablemente la más importante es la calidad de la dieta. Las personas de bajos recursos, que en el México actual representa un 40% de la población (CONEVAL, 2012), especialmente madres solteras y mujeres separadas/divorciadas con hijos, tienen dificultad para adquirir alimentos ricos en proteínas, así como frutas y verduras frescas, siendo más accesibles las harinas y alimentos ricos en carbohidratos. Si se suma a esta dieta desequilibrada, hábitos de largos ayunos por las jornadas laborales largas en trabajadores manuales y comidas copiosas, especialmente en la tarde-noche,

se explica el alto porcentaje de sobrepeso/obesidad y diabetes mellitus a partir de los 40 años en México (Gutiérrez et al., 2012). Otra causa podría estar relacionada con una manifestación simbólica-social de capacidad adquisitiva dentro de las personas pobres. El tener cierto sobrepeso es símbolo de alguien que se pueda dar sus lujos comiendo frente a un muerto de hambre famélico (Powdermaker, 1997). Esta práctica social motivaría un menor cuidado del índice de masa corporal en un ambiente diabetógeno, donde el descuido cobraría su cuenta.

La escolaridad resultó independiente del IMC, aunque los índices de correlación presentaron signos negativos como se esperaba (Hedley et al., 2004). En esta muestra de mujeres jóvenes, con un nivel alto de escolaridad, en la cual está sobrerrepresentado el grupo de universitarias, el estatus socioeconómico es lo relevante para el índice de masa corporal, pero no el nivel de estudios. Así los recursos alimentarios de más calidad y programas de control de peso más eficaces, los cuales se reflejarán en menor incremento de peso con la edad y los embarazos, finalmente están en relación con el poder adquisitivo.

La alteración alimentaria en el presente estudio es entendida como un comer excesivo donde tiene mucho peso la alteración afectiva, el malestar con la imagen corporal y la motivación para bajar de peso. Esta alteración alimentaria tiene una correlación moderada con el índice de masa corporal, equivalente a la correlación entre el índice de masa corporal y la edad. Aunque la alteración alimentaria también se relaciona con una mayor edad, al parcializar la edad en la relación entre índice de masa corporal y alteración alimentaria, ésta prácticamente no es afectada ($r_p = .35, p < .01$). Así la relación entre alteración alimentaria (comer de más) e índice de masa corporal es legítima, sin la medición de la edad.

Se hipotetizaba desde unos supuestos cognitivistas que la atribución (aspecto cognitivo) sería un predictor significativo de IMC (aspecto físico determinado en gran parte por la conducta) aunque con peso de bajo a moderado-bajo. Como señala Gil (2002), el índice de masa corporal está determinado por aspectos biológicos y hereditarios no atribuibles a la con-

ducta, de ahí que la relación no pueda ser perfecta. Además la conexión de lo cognitivo con lo comportamental es compleja, justificando de forma adicional la expectativa de relación de débil a moderada.

Nuestros datos muestran como algunos aspectos de atribución sí con diferenciales y están correlacionados con el tener o no sobrepeso/obesidad e IMC. La asociación, como se pronosticó, finalmente es débil, siendo menor al 5% de varianza compartida. Incluso se confirma el poder predictivo de estos aspectos cognitivos en competencia con variables sociodemográficas y alteración alimentaria. En el modelo de predicción de tener o no sobrepeso/obesidad (variable dicotomizada), la atribución a la falta de ejercicio entra al satisfacer criterios de tolerancia e incremento de varianza explicada como un factor de protección con peso moderado. En el modelo de regresión lineal la forma de comer es un predictor significativo junto con la alteración alimentaria y nivel socioeconómico.

Alteración alimentaria

La variable de alteración alimentaria derivada del Cuestionario de Sobreingesta no corresponde a los trastornos de anorexia y bulimia nerviosas (O'Donnell & Warren, 2007). Probablemente tampoco se trate de casos de trastorno por atracones que se dan de forma más equilibrada en ambos sexos, iniciándose de forma más tardía que los dos cuadros anteriores. Debe considerarse que la distribución de la variable es normal, por lo tanto se ajusta a un fenómeno adaptativo, de personalidad o actitud y no propiamente a un fenómeno desadaptativo, patológico o atípico, donde la distribución sería asimétrica positiva. El aspecto medido está presente en los distintos niveles de escolaridad y estatus socioeconómico. Probablemente sea la percepción del incremento del índice de masa corporal y el considerar que se come de más, ante inactividad física, lo que conduce a malestar con la imagen corporal, intentos frustrados de dietas, en un fondo de malestar emocional que fácilmente es expresado por la persona como una falta de voluntad para comer menos, ajustarse a la dieta y lograr la

figura deseada. Se conjetura que no hay propiamente atracones ni purgas, sino es un fenómeno en un plano perceptivo-evaluativo de malestar en personas con mayor índice de masa corporal en relación con el normopeso o el volumen que mantuvieron anteriormente por algún tiempo.

La edad correlaciona con esta alteración alimentaria, lo que reafirma nuestra interpretación. Son las mujeres de más edad y mayor índice de masa corporal las que puntúan más en sobreingesta probablemente desde un aspecto evaluativo condicionado con un malestar con su sobrepeso/obesidad. De nuevo las mujeres no solteras son las que tienen mayores promedios en alteración alimentaria y aquéllas que tienen hijos, especialmente a mayor número de hijos. Estas situaciones están asociadas con mayor índice de masa corporal.

Como se pronosticó las atribuciones se relacionan con la alteración alimentaria con unas asociaciones bajas. Los aspectos de causas médicas y dietético-nutricionales, pero no psicológicas, son los componentes de atribución correlacionados. Las personas que tienen más alteración alimentaria perciben que el sobrepeso/obesidad no se debe tanto a causas médicas (herencia, metabolismo bajo o falta de ejercicio), sino a la forma de comer (comer de más, comida chatarra, falta de voluntad y presión para comer). A nivel diferencial destaca las atribuciones a falta de voluntad, metabolismo y comer de más. Incluso el factor de causas médicas (menor atribución a esta causa), junto con mayor IMC, son los predictores significativos de alteración alimentaria en competencia con las variables sociodemográficas de edad y número de hijos, teniendo este modelo un ajuste a los datos.

Las correlaciones y diferencias con alteración alimentaria parecen reflejar la experiencia de estas mujeres. El hecho de que el factor de atribución a causas psicológicas sea independiente parece reflejar que los malos hábitos y los problemas psicológicos no son percibidos de forma destacada. Esto podría ser consecuencia de falta de conciencia de los mismos, que no sobresalen en sus propias vidas o a un efecto techo por la variable de malos hábitos que es la causa del sobrepeso/obesidad más señalada. Por

lo que implica el puntaje de alteración alimentaria parece más probable lo primero que las otras dos interpretaciones.

Dadas las características no probabilísticas de la muestra empleada (perfil medio de mujer joven con estudios universitarios de clase media), la extrapolación de los resultados a una población femenina hispanoparlante semejante requiere su contraste, por lo que los presentes datos deben ser manejados como hipótesis. Se desconoce la validez de estos modelos en varones, por lo que se recomienda en futuras investigaciones incluirlos, e incluso buscar una muestra probabilística representativa de ambos sexos. Entre las limitaciones cabe mencionar la naturaleza de autorreporte de los datos, por lo que pueden diferir estos resultados con los obtenidos por observación o autorregistro.

En conclusión, el sobrepeso/ obesidad se atribuye sobre todo a aspectos imputables a la persona (malos hábitos, falta de ejercicio, comer comida chatarra y falta de voluntad). Se definen tres factores desde las inter-correlaciones de las atribuciones: causas dietético-nutricionales o forma de comer, causas psicológicas y causas médicas. Las atribuciones y los factores son diferenciales y permiten predecir IMC y alteración alimentaria con un peso bajo como se esperaba. En relación con el IMC se destaca la atribución a falta de ejercicio, falta de voluntad, comer de más y al factor dietético-nutricional. Estas atribuciones son más frecuentes en las mujeres con sobrepeso/obesidad. Alcanzan poder predictivo la falta de ejercicio para la variable dicotomizada tener o no sobrepeso/obesidad y el factor de causas dietético-nutricionales para IMC. En relación con la alteración alimentaria se destaca nuevamente la falta de voluntad, comer de más y falta de ejercicio. El factor dietético-nutricional y el de causas médicas también se asocian con alteración alimentaria, alcanzando poder predictivo este último junto con IMC. Se interpreta la alteración alimentaria como una percepción de comer excesivo en mujeres con insatisfacción con su imagen corporal y malestar emocional, consecuente de su falta de voluntad o frustración para seguir dietas y planes de ejercicio para lograr la figura o peso

deseado. Por la independencia de la escolaridad con el IMC y la alteración alimentaria, y la relación del estatus socioeconómico con el IMC, pero no con la alteración alimentaria, parece que el logro del normopeso está mediado por la calidad de la dieta y el acceso a recursos de control de peso más eficaces entre quienes tienen más poder adquisitivo. Las atribuciones causales no muestran un efecto distorsionador o de sesgo, siendo muy afines a las manejadas por las autoridades sanitarias, probablemente efecto de las campañas públicas de la Secretaría de Salud y contenidos presentes en los programas de estudio.

Se sugiere trabajar a través de grupos cognitivo-conductuales en la modificación de las causas de la obesidad que aparece en la representación social de las personas encuestadas; asimismo, que profesionales e instituciones socio-sanitarias y educativas persistan en su comunicación social sobre las causas de la obesidad, ya que está influyendo en la representación social, lo que facilitará los procesos de cambio durante intervención. Finalmente se recomienda replicar el estudio en una muestra probabilística de mujeres para confirmar y superar las limitaciones de esta investigación y en otra estratificada por sexos para observar diferencias y semejanzas entre mujeres y hombres.

Referencias

- Aguirre, P. (2004). *Ricos flacos y gordos pobres. La alimentación en crisis*. Buenos Aires: Capital Intelectual.
- American Psychological Association (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57(12), 1060-1073.
- Anderson, J. (1993). *Rules of the mind*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Anderson, V. Northam, E., Hendy, J., & Wrennall (2003). *Developmental neuropsychology: A clinical approach*. Sussex, Reino Unido: Psychology Press.
- Casas, F. (2006). Infancia y representaciones sociales. *Política y Sociedad*, 43(1), 27-42.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2012). *Informe de pobreza en México*

- 2010: *el país, los estados y sus municipios*. México, D.F. CONEVAL
- Duveen, G. (2001). Representations, identities, resistance. En K. Deaux & G. Philogéne (Eds.), *Representations of the social: Bridging theoretical traditions* (pp. 257-270). Oxford, Reino Unido: Blackwell.
- Gil, A. (2002). Obesidad y genes. *Vox Paediatrica*, 10(2), 40-45.
- Greenleaf, C., & Weiller, K. (2005). Perceptions of youth obesity among physical educators. *Social Psychology of Education*, 8(4), 407-423.
- Gutiérrez, J. P., Rivera, J., Shamah, T., Villalpando, S., Franco, A., Cuevas, L., Romero, M., & Hernández, M. (2012). *Encuesta nacional de salud y nutrición 2012. Resultados nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Hedley, A. A., Ogden, C. L., Johnson, C. L., Carroll, M. D., Curtin, L. R., & Flegal, K. M. (2004). Prevalence of overweight and obesity among us children, adolescents, and adults, 1999-2002. *Journal of American Medical Association*, 291(23), 2847-2850.
- Howarth, C. (2006) A social representation is not a quiet thing: exploring the critical potential of social representations theory. *British Journal of Social Psychology*, 45(1), 65-86.
- Kline, R. B. (2010). *Principles and practice of structural equation modeling* (3ra. ed.). New York: The Guilford Press.
- Linné, Y., Dye, L., Barkeling, B., & Rössner, S. (2004). Long-term weight development in women: a 15-year follow-up of the effects of pregnancy. *Obesity Research*, 12, 1166-1178.
- Marques, L., Saha, L. J., & Guaresch, P. (2006). To be fat or thin? Social representations of the body among adolescent female students in Brazil. *International Education Journal*, 7, 611-631.
- Meza, C., & Moral, J. (2012). Validación de la versión en español del Cuestionario Sobreingesta Alimentaria (OQ) en una muestra de mujeres mexicanas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 13(2), 73-96.
- Montero, J. A. (2001). *Obesidad: una visión antropológica*. Buenos Aires, Argentina: Departamento de Ciencias Médicas, Instituto y cátedra de Historia de la Medicina.
- Moral, J., & Ortega, M. E. (2009). Representación social de la sexualidad y actitudes en estudiantes universitarios mexicanos. *Revista de Psicología Social*, 24(1), 65-79.
- O'Donnell W. E., & Warren W. L. (2007). *Cuestionario de sobreingesta alimentaria (OQ)*. México: Manual Moderno.
- Ortega, M. E. (2006). La complejidad de un rostro. Representación social de la pobreza: un estudio comparativo intercultural. *Trayectorias*, 8(20-21), 152-162.
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2001). The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 30, 107-115.
- Pauhlus, D. L. (2002). Socially desirable responding: The evolution of a construct. En H. Brau, D. Jackson & D. E. Wiley (Ed.), *The role of constructs in psychological and educational measurement* (pp.46-69). Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum.
- Powdermaker H. (1997). An anthropological approach to the problem of obesity. En C. Counihan & P. van Esterik (eds), *Food and culture: A reader* (pp. 203-210). New York: Routledge.
- Schencman, P. (2010). ¿Génesis de un problema sanitario? Representaciones de la biomedicina en torno a la obesidad en Viva Cien Años 1934-1945. *Revista de Humanidades Médicas & Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología*, 2(2), 1-30
- Sobel, J., & D. Maurer, (Eds.) (1999). *Interpreting weight: The social management of fatness and thinness*. New York: Aldine de Gruyter.
- Stinson, K. (2001). *Women and dieting culture: Inside a commercial weight loss group*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Stroe, J. G. (1995). *Obesity and ego function* (tesis doctoral no publicada). San Diego, CA: University of California.
- World Health Organization (1995). *Physical status: The use and interpretation of anthropometry. WHO technical report series 845*. Génova: World Health Organization.