

Revista Española de Nutrición Humana y Dietética

Spanish Journal of Human Nutrition and Dietetics



www.renhyd.org



ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Estigma del peso y conductas alimentarias en estudiantes universitarios: Resultados de un estudio transversal

Adiel Agama-Sarabia^a, Yolanda Flores-Peña^{b,*}, Víctor Pedrero^c, Rosane Pilot-Pessa^d

^a Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Ciudad de México, México.

^b Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), Monterrey, Nuevo León, México.

^c Facultad de Enfermería, Universidad Andrés Bello, Santiago de Chile, Chile.

^d Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

*yolanda.florespe@uanl.edu.mx

Editor Asignado: Manuel Reig García-Galbis. Universidad Isabel I, España.

Recibido el 21 de junio de 2024; aceptado el 29 de octubre de 2024; publicado el 6 de diciembre de 2024.

PALABRAS CLAVE

Prejuicio del Peso;
Estigma Social;
Conducta Alimentaria;
Dieta.

Estigma del peso y conductas alimentarias en estudiantes universitarios: Resultados de un estudio transversal

RESUMEN

Introducción: El estigma del peso inicia con experimentar el estigma mediante creencias, actitudes y acciones descalificantes que se internalizan e incrementa la anticipación a ser estigmatizado por motivo del peso. Esto modifica conductas de alimentación: mal adaptativas (comer emocional, restricción cognitiva y comer sin control) y conductas adaptativas (comer intuitivo) como respuestas de regulación emocional. El objetivo general fue analizar el efecto de mediación de las facetas del estigma del peso (experimentado, internalizado y anticipado) en las conductas de alimentación mal adaptativas y adaptativas.

Metodología: Estudio transversal. Participaron 766 estudiantes universitarios del área de la salud. Se aplicaron: a) Escala Modificada de Internalización del Estigma, b) Escala Miedo del Estigma, c) Cuestionario de Tres Factores R-18 y d) Escala de Comer Intuitivo. Se realizaron modelos de mediación con MPLUS8 con Bootstrapping e intervalos de confianza 95%.

Resultados: El 68% (n=524) fueron mujeres. El estigma internalizado presentó efecto directo en comer emocional (p=0,001), comer sin control (p=0,001) y restricción cognitiva (p=0,001), negativo con comer intuitivo (p=0,001). Estigma anticipado en comer emocional (p=0,001), comer sin control (p<0,001), pero no con restricción cognitiva (p=0,392), negativo con comer intuitivo (p=0,011). El estigma anticipado es mediador entre estigma experimentado y comer emocional (β=0,103; p=0,001) y comer sin control (β=0,225; p<0,001). El estigma internalizado fue mediador en restricción cognitiva (β=0,194; p=0,001), comer sin control (β=0,136; p=0,001) y comer emocional (β=0,082; p=0,001).

Conclusiones: La relación entre estigma experimentado y comer emocional, restricción cognitiva y comer sin control está mediada por el estigma internalizado, el estigma anticipado es mediador entre comer emocional y comer sin control.



KEYWORDS

Weight Prejudice;
Social Stigma;
Feeding Behavior;
Diet.

➤ **Weight stigma and eating behaviors in university students: Results from a cross-sectional study**

ABSTRACT

Introduction: Weight stigma begins with experiencing stigma through disqualifying beliefs, attitudes and actions, which are internalized and increase the anticipation of being stigmatized due to weight. This modifies eating behaviors: maladaptive (emotional eating, cognitive restriction and uncontrolled eating) and adaptive behaviors (intuitive eating) as an emotional regulation response. The aim was to analyze the effect of facets of weight stigma (experienced, internalized, and anticipated stigma) on maladaptive and adaptive eating behaviors.

Methodology: Cross-sectional study. 766 university students in health area participated. The following were applied: a) Modified Internalization of Stigma Scale, b) Fear of Stigma Scale, c) Three-Factor Questionnaire R-18 and d) Intuitive Eating Scale. Descriptive analysis was performed in SPSS V.23 and mediation model with MPLUS8 with Bootstrapping and 95% confidence intervals.

Results: 68% (n=524) were women. Internalized stigma had a direct effect with emotional eating (p=0.001), uncontrolled eating (p=0.001) and cognitive restriction (p=0.001), and a negative effect with intuitive eating (p=0.001). Anticipated stigma with emotional eating (p=0.001), uncontrolled eating (p<0.001), but not with cognitive restriction (p=0.392), negative with intuitive eating (p=0.011). Anticipated stigma is a mediator between experienced stigma and emotional eating ($\beta=0.103$, p=0.001) and uncontrolled eating ($\beta=0.225$, p<0.001). Internalized stigma was a mediator with cognitive restraint ($\beta=0.194$, p=0.001), uncontrolled eating ($\beta=0.136$, p=0.001), and emotional eating ($\beta=0.082$, p=0.001).

Conclusions: The relationship between experienced stigma and emotional eating, cognitive restriction and uncontrolled eating is mediated by internalized stigma, anticipated stigma is a mediator for emotional eating and uncontrolled eating.

MENSAJES
CLAVE

1. El efecto mediador del estigma anticipado e internalizado incrementa el efecto del estigma experimentado en las conductas de alimentación mal adaptativas y disminuye el efecto en la conducta adaptativa.
2. El estigma anticipado tiene efecto directo en las conductas de alimentación mal adaptativas: comer emocional y comer sin control.
3. El estigma internalizado tiene efecto directo en las conductas de alimentación mal adaptativas: comer emocional, comer sin control y restricción cognitiva.
4. El estigma anticipado e internalizado presentan efecto directo negativo en la conducta de alimentación adaptativa: comer intuitivo.

CITA

Agama-Sarabia A, Flores-Peña Y, Pedrero V, Pilot-Pessa R. Estigma del peso y conductas alimentarias en estudiantes universitarios: Resultados de un estudio transversal. Rev Esp Nutr Hum Diet. 2024; 28(4): 308-17.
doi: <https://doi.org/10.14306/renhyd.28.4.2241>

INTRODUCCIÓN

El exceso de peso (sobrepeso-obesidad) puede generar situaciones estresantes en personas que lo presentan y diariamente deben lidiar con estigmas asociados al peso¹. En Estados Unidos de América entre el 20 y 45% de mujeres y entre 6 y 28% de hombres con obesidad han sido estigmatizados por su peso².

Se ha encontrado que el estigma del peso no es exclusivo de personas con sobrepeso-obesidad, puede presentarse en cualquier persona sin importar su peso corporal; puede surgir en la familia, amigos, compañeros y personal de salud; el trabajo y la escuela son los principales escenarios donde se presenta^{1,2}.

Se ha identificado que el personal de salud tiene actitudes estigmatizantes hacia los pacientes con exceso de peso que podrían impactar en su cuidado, además se considera que estudiantes universitarios del área de la salud podrían presentar estigma del peso que puede incrementar el desarrollo de conductas de alimentación mal adaptativas y disminuir conductas adaptativas; además se espera que al concluir su formación se integren al equipo de salud y brinden un cuidado libre de actitudes estigmatizantes.

El estigma del peso se relaciona con conductas de alimentación mal adaptativas, como: a) comer emocional, b) restricción cognitiva y c) comer sin control; estas conductas de alimentación se definen como mecanismos para afrontar situaciones de estrés, ansiedad o emocionales, tanto positivas como negativas, generando un mayor consumo de alimentos³. Así mismo, se ha encontrado que el estigma se relaciona con conductas de alimentación adaptativas en las cuales se identifican las señales corporales de hambre y saciedad que permiten reconocer cuánto y cuándo comer, regulando la ingesta de alimentos, una de estas conductas es el comer intuitivo³.

Por otra parte, el Modelo de Efectos del Estigma en la Salud (MES), distingue diferentes facetas del estigma⁴: a) experimentado, b) internalizado y c) anticipado⁵, estigma experimentado es la devaluación social percibida por personas que pertenecen a un grupo que comparte una marca o etiqueta que genera un trato injusto o discriminatorio, puede modificar conductas de alimentación generando procesos mal adaptativos que incrementan el consumo de alimentos poco saludables⁶ para afrontar situaciones emocionales generadas por el estigma⁷; estigma internalizado es la internalización por la propia persona de los estereotipos sobre la condición del peso⁵ y estigma anticipado es la expectativa de ser estigmatizado antes de que esto ocurra que genera un incremento en la vigilancia de ser estigmatizado por motivo del peso corporal⁴.

Se ha identificado relación entre estigma y conductas de alimentación mal adaptativas, las cuales pueden tener efectos negativos, como dificultad para identificar señales de hambre y saciedad, dificultar un control del peso e incluso rehusar atención del personal de salud debido al miedo a ser estigmatizado⁶⁻¹⁰.

Sin embargo, existe poca evidencia del efecto del estigma anticipado en las conductas de alimentación, solo un estudio en una revisión sistemática documentó asociación indirecta entre estigma del peso y desórdenes de alimentación, entre ellos la restricción, que es mediada por el estigma anticipado^{11,12}.

Por otra parte, la relación entre las facetas del estigma del peso y comer intuitivo ha sido poco explorada, una revisión narrativa resaltó la necesidad de continuar estudiando esta conducta de alimentación¹³. Adicionalmente, las relaciones entre las facetas del estigma, principalmente han sido estudiadas de forma aislada y abordarlas desde el MES permite considerar que podrían estar relacionadas entre sí, debido al proceso de experimentar el estigma del peso, interiorizarlo y como consecuencia desarrollar anticipación; este efecto podría mediar la relación con las conductas de alimentación, como sugiere una revisión sistemática¹².

Considerando que existe poca evidencia del efecto del estigma del peso, particularmente del estigma anticipado e internalizado como mediadores en las conductas adaptativas y mal adaptativas, se realizó el presente estudio con el objetivo general de analizar el efecto de mediación de las facetas del estigma del peso en las conductas de alimentación mal adaptativas y adaptativas, los objetivos específicos fueron: 1) verificar si las facetas del estigma y las conductas de alimentación son diferentes de acuerdo al sexo y 2) verificar si son diferencias de acuerdo al área de la salud del estudiante universitario.

METODOLOGÍA

Estudio transversal. La muestra se calculó con G*Power, nivel de confianza 95%, potencia 90, efecto de diseño 0.4 para una población finita de 7.222 estudiantes universitarios del área de la salud. Se obtuvo un tamaño de muestra de 766, se invitó a participar a estudiantes entre 18 y 25 años, inscritos en el período académico Enero 2023 – Junio 2024 en alguna área de la salud en una Universidad pública ubicada en Ciudad de México, México. Los participantes que señalaron tener diagnóstico de depresión, hiper o hipotiroidismo y embarazo, se eliminaron del análisis. Las pautas STROBE para la comunicación de resultados de estudios transversales se cumplieron en 91%¹⁴.

Mediciones

Estigma internalizado: Se aplicó la Escala Modificada de Internalización del Estigma de Durso y Latner (2008), validada al español en adolescentes, escala autoadministrada, con 11 ítems, respuesta tipo Likert, 1 completamente en desacuerdo a 7 completamente de acuerdo. Los ítems 1 y 9 contienen respuestas con puntaje reverso, puntajes altos indican mayor internalización del estigma, se ha documentado confiabilidad de $\alpha=0,889^{15}$.

Estigma anticipado: Se empleó la Dimensión Miedo del Estigma del Cuestionario Auto Estigma del Peso de Lillis *et al.* (2010), validada al español por Magallares (2022), autoadministrada con 6 ítems, opción de respuesta tipo Likert, 1 completamente en desacuerdo a 5 completamente de acuerdo, mayor puntaje indica mayor estigma anticipado. La confiabilidad para esta dimensión es $\alpha=0,866^{16,17}$.

Conductas mal adaptativas: Se aplicó el Cuestionario de Alimentación de Tres Factores R-18 de Stunkard y Messick (1985), validado al español por Vázquez-Velázquez (2022) y Wrzecionkowska (2021), cuestionario autoadministrado con 18 ítems, respuesta tipo Likert, 1 nunca a 4 siempre, puntaje mayor indica mayor presencia de la conducta de alimentación. La confiabilidad del cuestionario es $\alpha=0,843$, subescala comer emocional $\alpha=0,783$, comer sin control $\alpha=0,867$ y restricción cognitiva $\alpha=0,827^{18,19}$.

Conducta adaptativa: El comer intuitivo se evaluó con la Escala de Comer Intuitivo de Tylka (2006), validada en Español por Flores-Quijano (2023) y Maldonado (2021), autoadministrada con 7 ítems, opción de respuesta tipo Likert, 1 completamente en desacuerdo a 4 completamente de acuerdo, puntuación mayor indica mayor comer intuitivo²⁰⁻²². La confiabilidad de la escala es $\alpha=0,892$.

Procedimiento de colecta de información

El personal encargado de invitar a los estudiantes a participar en el estudio, se colocó en los accesos al campus universitario, se abordó al estudiante a su llegada a las instalaciones universitarias y se le invitó a participar, se explicaron los objetivos del estudio, se aseguró la participación voluntaria y que esto no afectaría su relación con personal de la institución educativa, una vez que el estudiante manifestó su disponibilidad para participar, se verificó edad e inscripción en alguna área de la salud, se solicitó firmar consentimiento informado, posteriormente se entregaron los cuestionarios, así como lápiz o pluma para ser contestados en un tiempo promedio de 30 minutos.

El trabajo se apegó a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de la Secretaría de Salud (1987, DOF

2014), contó con la aprobación de un Comité de Ética registrado en la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA) No. 19-CEI-004-20180614.

Análisis estadístico

El análisis se realizó en el paquete SPSS V23 y MPLUS8. Se aplicó estadística descriptiva e inferencial, prueba T de Student y análisis de varianza para verificar los objetivos específicos y para el objetivo general se calcularon los efectos directos cuando la variable independiente (VI) no pasa por el mediador e indirectos cuando el efecto pasa por el mediador, en este caso el estigma anticipado y estigma internalizado en la relación entre estigma experimentado (VI) y variables dependientes (VD): comer emocional, comer sin control, restricción cognitiva y comer intuitivo.

Los efectos directos e indirectos fueron estimados con Bootstrapping con 2000 repeticiones para compensar el nivel de normalidad de las variables dado que es lo recomendado para muestras moderadas e intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS

Participaron 766 estudiantes, 68% (n=524) sexo femenino, 30% (n=230) estudiantes de psicología, media de edad de 20,2 años (DE=1,9), la Tabla 1 presenta la estadística descriptiva de las variables de estudio por sexo y área de la salud.

Para verificar si las facetas del estigma y las conductas de alimentación eran diferentes de acuerdo al sexo y área de la salud, se aplicó prueba T de Student para diferencia de medias y análisis de varianza, respecto al sexo se encontró diferencia estadística significativa en comer emocional ($p=0,001$), comer sin control ($p=0,002$) y restricción cognitiva ($p=0,001$), mientras que por área de salud del estudiante se encontraron diferencias significativas en estigma internalizado ($p<0,001$), comer intuitivo ($p=0,029$) y comer sin control ($p<0,001$), la información se presenta en la Tabla 1.

Una puntuación mayor en las escalas significa mayor presencia de la variable, para categorizar las puntuaciones se calcularon cuartiles clasificándoles en <Q2 (menor a cuartil 2) y >Q2 (mayor a cuartil 2). La Tabla 2 muestra que entre 30 y 50% de los participantes, por sexo, así como por área de la salud presentaron puntajes mayores al cuartil 2 en estigma experimentado, estigma internalizado, estigma anticipado y conductas de alimentación mal adaptativas y entre 40 y 50% de los participantes presentaron puntajes menores al cuartil 2 en comer intuitivo.

Tabla 1. Diferencias de facetas del estigma y conductas de alimentación por sexo y área de la salud (n=766).

Variable				Sexo		p*	Área de la Salud					p**
	Min	Med	Max	H (n=242)	M (n=524)		ENF (n=220)	MED (n=147)	PSI (n=230)	ODO (n=115)	NUT (n=54)	
				Media (DE)	Media (DE)		Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	
EE	0	0	10	1,39 (2,08)	1,45 (2,09)	0,707	1,25 (1,8)	1,41 (1,9)	1,49 (2,20)	1,77 (2,21)	1,26 (2,52)	0,274
EI	11	31	72	32,35 (15,59)	33,92 (15,78)	0,200	32,39 (13,97)	34,97 (16,42)	31,97 (15,69)	31,83 (15,43)	42,96 (18,09)	0,000
EA	6	12	30	11,92 (5,23)	12,62 (5,41)	0,092	12,50 (5,24)	12,44 (5,11)	12,38 (5,52)	12,36 (5,42)	12,08 (5,88)	0,990
CI	7	20,5	28	20,17 (4,84)	20,16 (4,56)	0,989	21,01 (4,24)	19,81 (4,42)	19,73 (4,34)	19,82 (5,09)	20,24 (6,51)	0,029
CE	3	5	12	5,09 (2,18)	5,63 (2,34)	0,001	5,27 (2,18)	5,37 (2,35)	5,63 (2,35)	5,66 (2,54)	5,30 (1,93)	0,383
CsC	9	15	36	16,95 (5,59)	15,58 (4,95)	0,002	14,75 (4,48)	16,02 (5,36)	16,87 (5,38)	16,66 (5,60)	16,20 (4,88)	0,000
RC	6	15	28	14,14 (3,75)	15,14 (4,24)	0,001	14,82 (3,78)	15,16 (4,19)	14,93 (4,43)	14,59 (4,06)	13,98 (3,91)	0,438

H: Hombre; M: Mujer; ENF: Enfermería; MED: Medicina; PSI: Psicología; ODO: Odontología; NUT: Nutrición;

n: Tamaño de muestra; Min: Mínimo; Med: Mediana; Max: Máximo; DE: Desviación estándar; p: Nivel de significancia; EE: Estigma experimentado;

EI: Estigma internalizado; EA: Estigma anticipado; CI: Comer intuitivo; CE: Comer emocional; CsC: Comer sin control; RC: Restricción cognitiva.

*Prueba T de Student para diferencia de medias; **Prueba de análisis de varianza.

Se realizó modelo de mediación para verificar el objetivo general, el estigma internalizado es mediador entre estigma experimentado y comer emocional ($\beta=0,082$; IC95% [0,044 a 0,129], $p=0,001$), comer sin control ($\beta=0,136$; IC95% [0,058 a 0,227], $p=0,001$), restricción cognitiva ($\beta=0,194$; IC95% [0,117 a 0,292], $p=0,001$) y comer intuitivo ($\beta=-0,133$, IC95% [-0,227 a -0,048], $p=0,002$). Respecto al estigma anticipado, se encontró que es mediador entre estigma experimentado y comer emocional ($\beta=0,103$; IC95% [0,056 a 0,159], $p=0,001$), comer sin control ($\beta=0,225$; IC95% [0,121 a 0,358], $p<0,001$) y comer intuitivo ($\beta=-0,140$; IC95% [-0,259 a -0,037], $p=0,010$), con restricción cognitiva no se identificó efecto de mediación (Figura 1).

Se calcularon coeficientes de regresión de cada segmento del modelo (Tabla 3). Se encontró efecto directo entre estigma experimentado y conductas de alimentación mal adaptativas: comer emocional ($p=0,007$), restricción cognitiva ($p=0,030$), comer sin control ($p=0,027$) y efecto directo negativo en comer intuitivo ($p=0,001$).

El estigma internalizado presentó efecto directo en comer emocional ($p=0,001$), comer sin control ($p=0,001$), restricción

cognitiva ($p=0,001$) y efecto negativo en comer intuitivo ($p=0,001$); estigma anticipado presentó efecto directo en comer emocional ($p=0,001$), comer sin control ($p<0,001$), pero no en restricción cognitiva ($p=0,392$) y efecto negativo en comer intuitivo ($p=0,011$).

DISCUSIÓN

Se identificaron diferencias significativas en comer emocional, restricción cognitiva y comer sin control de acuerdo al sexo y de acuerdo al área de salud, los valores promedio de comer intuitivo y comer sin control fueron diferentes, similar a lo reportado en la literatura¹², podría indicar que hombres y mujeres tienen diferentes conductas de alimentación como mecanismos para afrontar situaciones de estrés, ansiedad o emocionales, positivas y/o negativas.

Respecto al área de la salud, estudiantes de nutrición tuvieron la media más alta de estigma internalizado es decir

Tabla 2. Distribución en cuartiles de facetas del estigma y conductas de alimentación por sexo y área de la salud (n=766).

Variable	Sexo				Área de la Salud									
	Hombre (n=242)		Mujer (n=524)		ENF (n=220)		MED (n=147)		PSI (n=230)		ODO (n=115)		NUT (n=54)	
	<Q2 n (%)	>Q2 n (%)	<Q2 n (%)	>Q2 n (%)	<Q2 n (%)	>Q2 n (%)	<Q2 n (%)	>Q2 n (%)	<Q2 n (%)	>Q2 n (%)	<Q2 n (%)	>Q2 n (%)	<Q2 n (%)	>Q2 n (%)
EE	124 (51,2)	118 (48,8)	272 (51,9)	252 (48,1)	119 (54,1)	101 (45,9)	70 (47,6)	77 (52,4)	125 (54,3)	105 (45,7)	46 (40,0)	69 (60,0)	36 (66,7)	18 (33,3)
EI	125 (51,7)	117 (48,3)	250 (47,7)	274 (52,3)	112 (50,9)	108 (49,1)	61 (41,5)	86 (58,5)	122 (53,0)	108 (47,0)	62 (53,9)	53 (46,1)	18 (33,3)	36 (66,7)
EA	119 (49,4)	122 (50,6)	245 (46,8)	279 (53,2)	107 (48,6)	113 (51,4)	72 (49,0)	75 (51,0)	104 (45,2)	126 (54,8)	53 (46,1)	62 (53,9)	28 (52,8)	25 (47,2)
CI	123 (50,8)	119 (49,2)	260 (49,6)	264 (50,4)	88 (40,0)	132 (60,0)	86 (58,5)	61 (41,5)	124 (53,9)	106 (46,1)	60 (52,2)	55 (47,8)	25 (46,3)	29 (53,7)
CE	117 (48,5)	124 (51,5)	207 (39,5)	317 (60,5)	102 (46,4)	118 (53,6)	68 (46,3)	79 (53,7)	86 (37,6)	143 (62,4)	48 (41,7)	67 (58,3)	20 (37,0)	34 (63,0)
CsC	92 (38,0)	150 (62,0)	258 (49,2)	266 (50,8)	126 (57,3)	94 (42,7)	68 (46,3)	79 (53,7)	86 (37,4)	144 (62,6)	48 (41,7)	67 (58,3)	22 (40,7)	32 (59,3)
RC	137 (56,6)	105 (43,4)	244 (46,6)	280 (53,4)	101 (45,9)	119 (54,1)	70 (47,6)	77 (52,4)	116 (50,4)	114 (49,6)	59 (51,3)	56 (48,7)	35 (64,8)	19 (35,2)

ENF: Enfermería; MED: Medicina; PSI: Psicología; ODO: Odontología; NUT: Nutrición, <Q2: Menor a cuartil 2; >Q2: Mayor a cuartil 2; n: Tamaño de muestra; %: Porcentaje; EE: Estigma experimentado; EI: Estigma internalizado; EA: Estigma anticipado; CI: Comer intuitivo; CE: Comer emocional; CsC: Comer sin control; RC: Restricción cognitiva.

internalización por la propia persona de estereotipos sobre el peso, así como la media más alta de comer intuitivo, es decir reconocen señales corporales de hambre y saciedad, por otra parte los estudiantes de psicología presentaron la media más alta en comer sin control, sugiere que se tienen diferentes formas de afrontar emociones positivas y negativas⁸, así como el conocimiento que posean respecto a las emociones y su relación con los alimentos que consumen¹³.

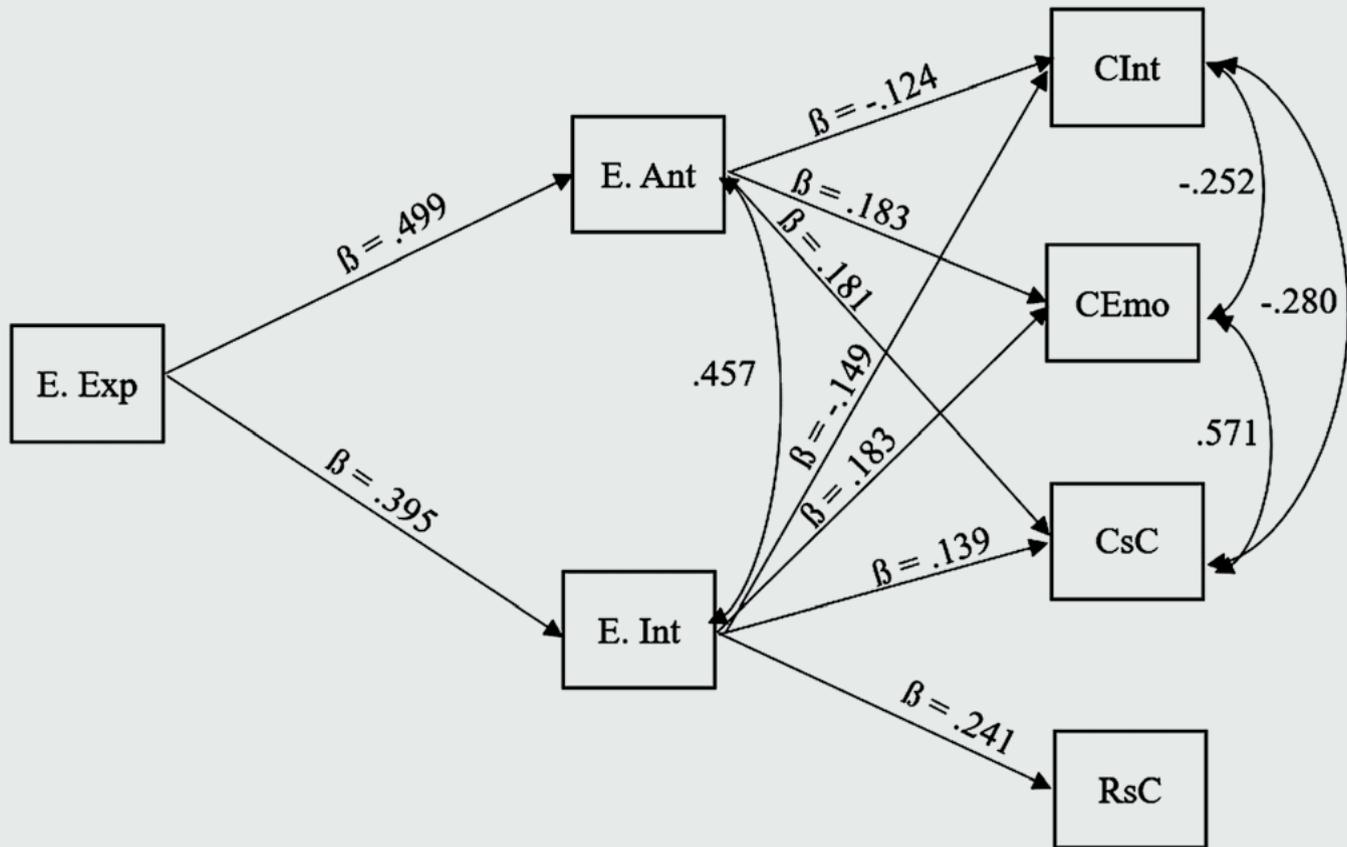
Por otra parte, se encontró que entre el 30 y 50% de los participantes se ubicaron en el cuartil > 2 que indica la presencia de estigma del peso que concuerda con los resultados de una revisión sistemática con metaanálisis que identificó la presencia de estigma en profesionales del área de la salud²³. Es importante destacar que el Consenso internacional para terminar con el estigma de la obesidad refiere que los profesionales de la salud no están exentos de experimentar estigma del peso y de estigmatizar, lo cual genera afectaciones en la atención a la salud de las personas, puede retrasar o limitar su acceso a los servicios de salud, además de que los centros hospitalarios son espacios estigmatizantes²⁴.

Se identificó que existe relación entre estigma experimentado y conductas de alimentación mal adaptativas, lo cual coincide con los hallazgos reportados en una revisión sistemática que

identificó que existe relación entre estigma experimentado y conductas de alimentación mal adaptativas, comer sin control y restricción cognitiva en personas que presentan estigma internalizado¹². Lo anterior podría ser explicado considerando que el estigma experimentado puede generar un efecto negativo a nivel emocional y psicológico en las personas que lo experimentan, lo cual podría contribuir a presentar pensamientos negativos relacionados al peso corporal y estrés por las etiquetas y perjuicios derivados del estigma, que puede derivar incrementando las conductas de alimentación mal adaptativas^{25,26}, además el comer emocional y comer sin control funcionan como mecanismos de afrontamiento al estrés que en combinación con el estigma experimentado podrían explicar el incremento de estas conductas³.

Se identificó que existe relación entre estigma internalizado y conductas de alimentación mal adaptativas (comer emocional, comer sin control y restricción cognitiva), lo que coincide con lo reportado en una revisión sistemática que reportó relación entre estigma internalizado y conductas de alimentación¹², lo que podría explicarse con el MES que señala al estigma como un proceso que inicia con la experimentación del estigma y posteriormente se produce la internalización, conjuntamente la experimentación e internalización incrementan la anticipación

Figura 1. Modelo de mediación de estigma anticipado e internalizado en la relación entre estigma experimentado y conductas de alimentación mal adaptativas y adaptativas.



E. Exp: Estigma experimentado; **E. Ant:** Estigma anticipado; **E. Int:** Estigma internalizado; **CEmo:** Comer emocional; **CsC:** Comer sin control; **RsC:** Restricción cognitiva; **CInt:** Comer intuitivo; **B:** Coeficiente de estimación de regresión estandarizada.

del estigma⁵; cuando la persona se apropia de las etiquetas estigmatizadoras, se genera un ciclo negativo, la persona se sabe estigmatizada por su peso y lo considera como una verdad, potenciando efectos negativos como ansiedad, tristeza y estrés. Cuando la persona se encuentra en este proceso, los mecanismos reguladores de las emociones podrían incrementar el comer emocional y comer sin control, así como la elección de alimentos poco saludables y posteriormente sentir culpa, con lo cual podría presentar restricción cognitiva y emociones que refuerzan el estigma perpetuando este proceso²⁷.

Respecto al estigma anticipado, en el presente estudio no se observó efecto mediador entre estigma experimentado y restricción cognitiva, lo cual difiere con los resultados obtenidos por Hunger *et al.* (2020), cabe señalar que hasta el momento, ha

sido el único que había analizado el estigma anticipado como mediador entre estigma experimentado con una de las conductas de alimentación mal adaptativas, restricción cognitiva¹¹.

Una posible explicación a lo anterior, es que la anticipación de ser estigmatizado puede llegar a generar mayor vigilancia ante cualquier dato que refleje estigmatización, como conductas, actitudes o acciones, esto mantiene a la persona que experimentó e internalizó estigma, expectante de volver a ser estigmatizada en cualquier momento, puede provocar mayor estrés, ansiedad y emociones negativas relacionadas con el peso, desencadenando el mecanismo de afrontamiento mediante la comida que ya estaba presente con el estigma experimentado e internalizado¹⁰. Cabe señalar que no se identificaron estudios similares respecto al estigma anticipado y su relación con otras conductas mal

Tabla 3. Coeficientes de regresión individual entre facetas del estigma y conductas de alimentación.

Ruta	Coefficiente	DE	IC95%	p
EE → Estigma anticipado	0,499	0,082	0,435 a 0,562	0,001
EE → Estigma internalizado	0,395	0,258	0,329 a 0,458	0,001
EE → Comer emocional	0,103	0,044	0,032 a 0,179	0,007
EE → Comer sin control	0,093	0,098	0,009 a 0,177	0,027
EE → Restricción cognitiva	0,086	0,081	0,012 a 0,167	0,030
EE → Comer intuitivo	-0,140	0,089	-0,219 a -0,065	0,001
EI → Comer emocional	0,183	0,006	0,096 a 0,273	0,001
EI → Comer sin control	0,139	0,013	0,060 a 0,220	0,001
EI → Restricción cognitiva	0,241	0,011	0,150 a 0,335	0,001
EI → Comer intuitivo	-0,149	0,012	-0,243 a -0,053	0,002
EA → Comer emocional	0,183	0,018	0,096 a 0,273	0,001
EA → Comer sin control	0,181	0,041	0,098 a 0,277	0,000
EA → Restricción cognitiva	0,043	0,034	-0,056 a 0,139	0,392
EA → Comer intuitivo	-0,124	0,038	-0,223 a -0,031	0,011

DE: Desviación estándar; **p:** Nivel de significancia; **EE:** Estigma experimentado;

EI: Estigma internalizado; **EA:** Estigma anticipado.

adaptativas como comer emocional y comer sin control o adaptativas como comer intuitivo. Sin embargo, se ha documentado este tipo de estigma en áreas como la salud mental con efectos similares²⁸, lo cual podría indicar que se presente de igual manera en el estigma del peso.

Por otra parte, se identificó efecto negativo del estigma internalizado y estigma anticipado, en la relación entre estigma experimentado y comer intuitivo que concuerda con lo reportado por Romano y Heron (2022) que señalan que las personas que presentan alguna de las facetas del estigma pueden presentar afectación de las emociones como ansiedad, estrés y tristeza, condiciones que activan mecanismos de afrontamiento mediante el consumo de alimentos que dificultan que la persona perciba las señales de hambre y saciedad²⁹.

Es la primera vez que se documenta el papel mediador del estigma anticipado en la relación entre estigma experimentado y conductas de alimentación mal adaptativas; así como del internalizado y anticipado en conductas adaptativas. De acuerdo con el MES el estigma inicia como estigma experimentado mediante acoso, burlas, bromas e insultos; los estudios han documentado las otras facetas como estigma internalizado y anticipado, es

posible considerarlas subsiguientes al estigma experimentado y pueden estar relacionadas.

Este estudio adiciona evidencia del efecto mediador del estigma anticipado en las conductas comer emocional y comer sin control; mientras que el estigma internalizado es mediador en restricción cognitiva, comer emocional y comer sin control, además agrega evidencia del efecto de mediación negativo en la conducta comer intuitivo.

Entre las fortalezas destacan tamaño de muestra, la participación de estudiantes de diferentes áreas de la salud y que los cuestionarios aplicados están validados en idioma español. Como limitante es que la información sociodemográfica o antropométrica no se consideraron como antecedentes del estigma en las relaciones propuestas.

Se recomienda continuar con el estudio de las facetas del estigma del peso corporal en población general, así como explorar si otras variables como el índice de masa corporal y la percepción del peso corporal tienen efecto en las variables aquí estudiadas y abordar la conducta de alimentación adaptativas alimentación consciente.

CONCLUSIONES

Existen diferencias entre comer emocional, restricción cognitiva y comer sin control de acuerdo al sexo, los valores promedio de estigma internalizado, comer intuitivo y comer sin control fueron diferentes de acuerdo al área de la salud del estudiante, además cerca de la mitad de los estudiantes presentan estigma del peso en alguna faceta. La relación entre estigma experimentado y conductas de alimentación mal adaptativas está mediada por estigma internalizado y estigma anticipado es mediador en la relación entre estigma experimentado y comer emocional, comer sin control y comer intuitivo. Además, el estigma internalizado y anticipado tienen efecto mediador negativo en la relación entre estigma experimentado y comer intuitivo.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

A.A.-S. y Y.F.-P. participaron en la creación y diseño del estudio, la escritura del manuscrito. A.A.-S. y V.P. diseñaron el plan de análisis estadístico y la interpretación de datos. R.P.-P. redacción del manuscrito. Todos los autores participaron en la revisión de las versiones preliminares y final del manuscrito.

FINANCIACIÓN

A.A.-S. recibió una beca del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCyT) con número CVU 388141 para la realización de estudios de Doctorado.

DISPONIBILIDAD DE DATOS

Los datos estarán disponibles a solicitud del autor/a de correspondencia.

CONFLICTO DE INTERESES

Los/as autores/as expresan que no existen conflictos de interés al redactar el manuscrito.

REFERENCIAS

- (1) Sonnevile KR, Thurston IB, Gordon AR, Richmond TK, Weeks HM, Lipson SK. Weight stigma associated with mental health concerns among college students. *Am J Prev Med.* 2024; 66(2): 260–8. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2023.09.021>.
- (2) Pearl RL. Weight bias and stigma: Public health implications and structural solutions. *Soc Issues Policy Rev.* 2018; 12(1): 146–82. <https://doi.org/10.1111/sipr.12043>.
- (3) Yoon CY, Hazzard VM, Emery RL, Mason SM, Neumark-Sztainer D. Everyday discrimination as a predictor of maladaptive and adaptive eating: Findings from EAT 2018. *Appetite.* 2022; 170(1): 105878. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105878>.
- (4) Earnshaw VA, Bogart LM, Dovidio JF, Williams DR. Stigma and racial/ethnic HIV disparities: Moving toward resilience. *Am Psychol.* 2013; 68(4): 225–36. <https://doi.org/10.1037/a0032705>.
- (5) Major B, Dovidio JF, Link BG, Calabrese SK. Stigma, and its implications for health: Introduction and overview. In Major B, Dovidio JF, Link BG, editors. *The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination, and Health.* New York: Oxford Library of Psychology; 2017. p. 3–28
- (6) Vartanian LR, Porter AM. Weight stigma and eating behavior: A review of the literature. *Appetite.* 2016; 102: 3–14. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.01.034>.
- (7) Rodríguez BO, Pérez DG, Ortiz MS. Relation between weight stigma and emotional eating: An approach from structural equation modeling. *Nutr Hosp.* 2023; 40(3): 521–8. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.04159>.
- (8) Wang Z, Wang B, Hu Y, Cheng L, Zhang S, Chen Y, et al. Relationships among weight stigma, eating behaviors and stress in adolescents in Wuhan, China. *Glob Health Res Policy.* 2020; 5(1). <https://doi.org/10.1186/s41256-020-00138-3>.
- (9) Braun TD, Unick JL, Abrantes AM, Dalrymple K, Conboy LA, Schifano E, et al. Intuitive eating buffers the link between internalized weight stigma and body mass index in stressed adults. *Appetite.* 2022; 1(169): 105810. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105810>.
- (10) Palmeira L, Cunha M, Pinto-Gouveia J. The weight of weight self-stigma in unhealthy eating behaviours: The mediator role of weight-related experiential avoidance. *Eat Weight Disord.* 2018; 23(6): 785–96. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0540-z>.
- (11) Hunger JM, Dodd DR, Smith AR. Weight discrimination, anticipated weight stigma, and disordered eating. *Eat Behav.* 2020; 37: 101383. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101383>.
- (12) Levinson JA, Kinkel-Ram S, Myers B, Hunger JM. A systematic review of weight stigma and disordered eating cognitions and behaviors. *Body Image.* 2024; 48: 101678. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2023.101678>.
- (13) Mantzios M. Mindful eating: A conceptual critical review of the literature, measurement and intervention development. *Nutrition and Health.* 2023; 29(3): 435–41. <https://doi.org/10.1177/02601060231153427>.
- (14) Von EE, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Peter, Go C, et al. Declaración de la iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology): directrices para la comunicación de estudios observacionales. *Gac Sanit.* 2008; 22(2): 144–50. doi: 10.1157/13119325.

- (15) Andrés A, Fornieles-Deu A, Sepúlveda AR, Beltrán-Garrayo L, Montcada-Ribera A, Bach-Faig A, et al. Spanish validation of the Modified Weight Bias Internalization Scale (WBIS-M) for adolescents. *Eating and Weight Disorders*. 2022; 27(8): 3245-56. <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01453-z>.
- (16) Lillis J, Luoma JB, Levin ME, Hayes SC. Measuring weight self-stigma: The weight self-stigma questionnaire. *Obesity*. 2010; 18(5): 971-6. <https://doi.org/10.1038/oby.2009.353>.
- (17) Magallares A, Benito De Valle P, Irlés JA, Recio P, Jáuregui-Lobera I. Psychometric properties of the Spanish version of the Weight Self-Stigma Questionnaire (S-WSSQ) in a sample of participants with obesity seeking weight loss treatment. *Eat Weight Disord*. 2022; 27: 3685-93. <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01511-6>.
- (18) Vázquez-Velázquez V, Velázquez-Jurado H, Stephano-Zúñiga S, Méndez-Hernández C, Salinas-Rivera E. Psychometric properties of the Three-Factor Eating Questionnaire-R18 (TFEQ-R18) in Mexican patients with obesity. *Rev Mex Trastor Aliment*. 2022; 12(2): 146-55. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2022.2.738>.
- (19) Wrzcionkowska D, Rivera AS. Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación R18 (TFEQ-R18) Versión en español: Análisis de la estructura factorial en los adultos de peso normal y con sobrepeso. *Acta Investig Psicol*. 2021; 11(1): 84-94. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2021.1.376>.
- (20) Tylka TL. Development and psychometric evaluation of a measure of intuitive eating. *J Couns Psychol*. 2006; 53(2): 226-40. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.2.226>.
- (21) Flores-Quijano ME, Mota-González C, Rozada G, León-Rico JC, Gómez-López ME, Vega-Sánchez R. The intuitive eating scale-2 adapted for Mexican pregnant women: Psychometric properties and influence of sociodemographic variables. *Nutrients*. 2023; 15(22): 4837. <https://doi.org/10.3390/nu15224837>.
- (22) Maldonado C, Nazar G. Autocompasión como moderador entre apreciación corporal y estilos de alimentación en mujeres adultas emergentes. *Terapia Psicológica*. 2021; 39(1): 63-80. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082021000100063>.
- (23) Lawrence BJ, Kerr D, Pollard CM, Theophilus M, Alexander E, Haywood D, O'Connor M. Weight bias among health care professionals: A systematic review and meta-analysis. *Obesity*. 2021; 29(11): 1802-12. <https://doi.org/10.1002/OBY.23266>.
- (24) Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JL, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med*. 2020; 26(4): 485-97. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0803-x>.
- (25) Tomiyama AJ. Weight stigma is stressful. A review of evidence for the Cyclic Obesity/Weight-Based Stigma model. *Appetite*. 2014; 82: 8-15. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.06.108>.
- (26) Wu YK, Berry DC. Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. *J Adv Nurs*. 2018; 74(5): 1030-42. <https://doi.org/10.1111/jan.13511>.
- (27) Tomiyama AJ, Carr D, Granberg EM, Major B, Robinson E, Sutin AR, et al. How and why weight stigma drives the obesity 'epidemic' and harms health. *BMC Med*. 2018; 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1116-5>.
- (28) Quinn DM, Williams MK, Weisz BM. From Discrimination to Internalized Mental Illness Stigma: The Mediating Roles of Anticipated Discrimination and Anticipated Stigma. *Psychiatr Rehabil J*. 2015; 38(2): 103. <https://doi.org/10.1037/prj0000136>.
- (29) Romano KA, Heron KE. Daily weight stigma experiences, and disordered and intuitive eating behaviors among young adults with body dissatisfaction. *Int J Eat Disord*. 2023; 56(3): 538-50. <https://doi.org/10.1002/eat.23859>.