



Trabajo Original

Obesidad y síndrome metabólico

Relación entre estigma de peso y alimentación emocional: una aproximación desde el modelo de ecuaciones estructurales

Relation between weight stigma and emotional eating: an approach from structural equation modeling

Bárbara Ortiz Rodríguez, Daniela Gómez Pérez, Manuel S. Ortiz

Departamento de Psicología. Universidad de La Frontera. Temuco, Chile

Resumen

Introducción: se ha demostrado que la ingesta alimentaria es uno de los principales factores que influyen en el incremento del peso y que el estigma de peso contribuye a una mayor alimentación emocional. Sin embargo, los factores que median esta relación han sido menos estudiados.

Objetivo: el objetivo de este estudio fue identificar la relación que existe entre estigma de peso y alimentación emocional, y si esta relación está mediada por la internalización del sesgo de peso y el malestar psicológico.

Métodos: una muestra no probabilística de 332 personas de población general (192 mujeres y 140 hombres) respondió instrumentos psicológicos de autorreporte y proporcionó medidas antropométricas.

Resultados: por medio de un análisis de ecuaciones estructurales (SEM), se identificaron relaciones directas, entre las que destaca la relación del estigma de peso y alimentación emocional ($\beta = 0,422$, $p < 0,001$), además de la relación indirecta entre estas variables mediante la internalización del sesgo de peso y malestar psicológico ($\beta_{\text{indirecto}} = 0,016$, $p = < 0,05$). El modelo tuvo buenos indicadores de bondad de ajuste y explicó un 85 % de la varianza.

Conclusión: los resultados muestran la importancia de incluir variables psicológicas y conductuales en el tratamiento de la alimentación emocional en personas con sobrepeso y obesidad, así como de abordar estos temas desde políticas públicas para disminuir el estigma asociado que aún impera en la sociedad.

Palabras clave:

Estigma de peso.
Alimentación emocional.
Internalización del sesgo de peso. Malestar psicológico.

Recibido: 12/04/2022 • Aceptado: 15/01/2023

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de interés.

Agradecimientos: este artículo pudo realizarse gracias a los datos de análisis facilitados por la Dra. Margarita Cancino y el Dr. Manuel Ortiz, correspondientes a sus proyectos Fondecyt de Postdoctorado 3180534 y Fondecyt Regular 1180463, respectivamente. Además, este estudio fue financiado parcialmente por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo/Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (ANID/CONICYT), a través del Fondecyt de Iniciación número 11190362, cuya investigadora responsable es la Dra. Daniela Gómez-Pérez.

Ortiz Rodríguez B, Gómez Pérez D, Parada MS. Relación entre estigma de peso y alimentación emocional: una aproximación desde el modelo de ecuaciones estructurales. *Nutr Hosp* 2023;40(3):521-528

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.04159>

Correspondencia:

Daniela Gómez Pérez. Departamento de Psicología.
Universidad de La Frontera. Avda. Francisco Salazar.
01145 Temuco, Chile
e-mail: daniela.gomez@ufrontera.cl

Abstract

Introduction: dietary intake has been shown to be one of the main factors influencing weight gain, and weight stigma contributes to increased emotional eating. However, the factors that mediate this relationship have been less studied.

Objective: the aim of this study was to identify the relationship between weight stigma and emotional eating, and whether this relationship is mediated by internalizing weight bias and psychological distress.

Methods: a non-probabilistic sample of 332 people from the general population (192 women and 140 men) answered self-report psychological instruments and provided anthropometric measurements.

Results: through structural equation analysis (SEM), direct relationships were identified, among which the relationship between weight stigma and emotional eating stands out ($\beta = 0.422$, $p < 0.001$), in addition to the indirect relationship between these variables mediated by internalized weight bias and psychological distress ($\beta_{\text{indirect}} = 0.016$, $p = < 0.05$). The model had good indicators of goodness of fit and explained 85 % of the variance.

Conclusion: the results show the importance of including psychological and behavioral variables in the treatment of emotional eating in people with overweight and obesity, as well as addressing these issues from public policies to reduce the associated stigma that still prevails in society.

Keywords:

Weight stigma.
Emotional eating. Weight bias internalization.
Psychological distress.

INTRODUCCIÓN

El sobrepeso y la obesidad constituyen un fenómeno de etiología multifactorial que se ha convertido en un problema de salud a nivel mundial (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como una acumulación de grasa anormal o excesiva que puede ser perjudicial para la salud, entendiéndolo como un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas (2). Desde el año 1975, la obesidad se ha casi triplicado a nivel mundial. En 2016, el 39 % de las personas adultas de 18 o más años tenían sobrepeso y el 13 % correspondía a la categoría de personas con obesidad (3). En Chile, el panorama no es diferente: según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) el 74,2 % de la población adulta tiene sobrepeso u obesidad (4).

La obesidad se asocia a menudo al estigma de peso, que se define como el rechazo social y las actitudes negativas dirigidas hacia las personas que se percibe que tienen exceso de peso corporal (5). Esta es una forma de discriminación altamente prevalente que deja a las personas con sobrepeso y obesidad expuestas al estigma social, siendo a menudo percibidas como vagas, glotonas, carentes de fuerza de voluntad y autodisciplina (6), en una variedad de entornos como el lugar de trabajo, escuelas, centros médicos, medios de comunicación y relaciones interpersonales cercanas (5).

El estigma puede provenir de fuentes externas, pero también las personas pueden internalizar actitudes negativas basadas en el peso y autoculparse por ello, asumiendo la responsabilidad personal de su peso; es lo que se conoce como internalización del sesgo de peso (7). Estas actitudes y estereotipos negativos autodirigidos se han estudiado como un fenómeno distinto del estigma de peso y pueden ser particularmente dañinos para la salud y el bienestar (8).

Tanto la internalización del sesgo de peso como el estigma de peso en sí conllevan malestar psicológico. Por una parte, la internalización se asocia con síntomas depresivos, ansiedad y una baja autoestima, imagen corporal alterada y otros trastornos psicológicos y alimentarios (5). A su vez, este fenómeno puede representar un mecanismo por el cual experimentar estigma de peso impacta negativamente en el bienestar de las personas estigmatizadas (8). Incluso, la internalización del sesgo

puede conducir a peores resultados emocionales y psicológicos (vergüenza, tristeza y ansiedad) que experimentar solamente el estigma desde fuentes externas (9), el cual se ha vinculado principalmente con altos niveles de ansiedad, angustia y síntomas depresivos (10).

Comúnmente, se creía que el estigma de peso animaba a las personas con obesidad a perder peso, con base en la hipótesis de que la vergüenza promovería el cambio de comportamiento y la pérdida de peso a través de la dieta y el ejercicio (6). Sin embargo, la creciente literatura ha sugerido lo contrario y ha hallado, en estudios correlacionales, que la experiencia del estigma de peso está relacionada con el aumento de la obesidad (6).

Es así que se agrava el problema de la obesidad, relacionándose el estigma con aumento de peso, alimentación menos saludable, aumento de la ingesta calórica y atracones (11). De esta manera, se asocia el estigma de peso con la alimentación emocional, que se refiere a la tendencia a comer en exceso en respuesta a ciertos estados afectivos, tales como ansiedad, ira, miedo y tristeza (12).

El aumento de la hormona del cortisol que se asocia con estos estados afectivos afecta directamente a la forma en que las personas se alimentan, llevándolas a ingerir alimentos ricos en grasas y azúcares para aliviar el malestar vivenciado (13). Así lo demuestran algunos estudios experimentales, con muestras de sujetos que recurrieron a la comida no saludable para aliviar algún tipo de malestar psicológico (14). Esto ha llevado a asociar la alimentación emocional con el peso, tanto en lo que respecta al aumento de peso con el tiempo como a las dificultades para perderlo y mantenerlo (12).

Es importante considerar en este punto que la ingesta alimentaria ha ido aumentando de forma exponencial a nivel mundial, representando un gran aporte calórico de absorción rápida, lo que provoca, junto con otros factores, problemas de sobrepeso y obesidad en la población, que se suman a la vida sedentaria de la sociedad actual (15). En este sentido, la OMS (3) señala que el aumento de la ingesta de alimentos de alto contenido calórico y ricos en grasas es una de las principales causas del sobrepeso y la obesidad. Es necesario, entonces, poner el foco en el estudio de las causas y consecuencias de alimentarse emocionalmente, por los problemas que se generan en la salud física y mental, entre los que se encuentra principalmente el exceso de peso (12).

Es así como el sobrepeso y la obesidad se han relacionado principalmente con la conducta alimentaria, atribuyendo este factor como el principal para comprender la obesidad (16). Sin embargo, la alimentación está asociada a factores psicosociales, entre los que se cuentan la salud mental y el estigma que acompaña al exceso de peso. Por este motivo, el presente estudio pretende ser un aporte, al incorporar variables psicológicas y conductuales relacionadas con la alimentación emocional, entendiendo que el exceso de peso puede estar causado por múltiples factores y desde la psicología también se deben proponer hipótesis relacionadas con la problemática (17). Además, los fenómenos del estigma de peso y la internalización del sesgo de peso han sido menos estudiados en Chile y Latinoamérica, y los estudios disponibles se han desarrollado mayoritariamente en muestras clínicas anglosajonas de personas que buscan tratamiento para la obesidad (11), por lo que es relevante estudiarla en este país y en población general.

En consecuencia, este estudio tiene como objetivo identificar la relación que existe entre estigma de peso y alimentación emocional, y si esta relación está mediada por la internalización del sesgo de peso y el malestar psicológico (Fig. 1).

la relación entre variables psicológicas, funcionamiento cognitivo, síndrome metabólico y obesidad. Para este estudio se utilizaron datos del segundo año de recolección (2019).

La muestra estuvo conformada por 332 participantes adultos, mujeres y hombres residentes de la región de La Araucanía de Chile, quienes fueron seleccionados a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia. Este tamaño muestral es adecuado para realizar los análisis estadísticos, ya que, según Barret (18), una muestra de tamaño mayor a 200 sujetos permite realizar análisis de ecuaciones estructurales. La media de edad de la muestra fue de 58 años (DT = 5,19), con un índice de masa corporal (IMC) promedio de 29 kg/m² (DT = 4,54); el 57,8 % de los participantes son mujeres y el 48,5 % de la muestra total presentaba enseñanza media y técnica completa, con un promedio de ingresos de USD 998 y un rango entre USD 77 y USD 6.977.

Como criterio de inclusión se estableció tener una edad mayor de 50 años, y respecto de los criterios de exclusión, se consideraron tener una enfermedad cardiovascular, haber recibido tratamiento antiinflamatorio y haber tenido un accidente cerebrovascular durante los últimos cinco años.

MÉTODOS

PARTICIPANTES

En este estudio se realizó análisis de datos secundarios de dos estudios longitudinales (Fondecyt de Posdoctorado 3180534 y Fondecyt Regular 1180463) que tuvieron por objetivo determinar

INSTRUMENTOS

Stigmatizing Situations Inventory (SSI) (versión abreviada del Inventario de Situaciones Estigmatizantes)

Se utilizó el inventario adaptado y validado en Chile por Ortiz y Gómez Pérez (10) para medir la frecuencia de situaciones

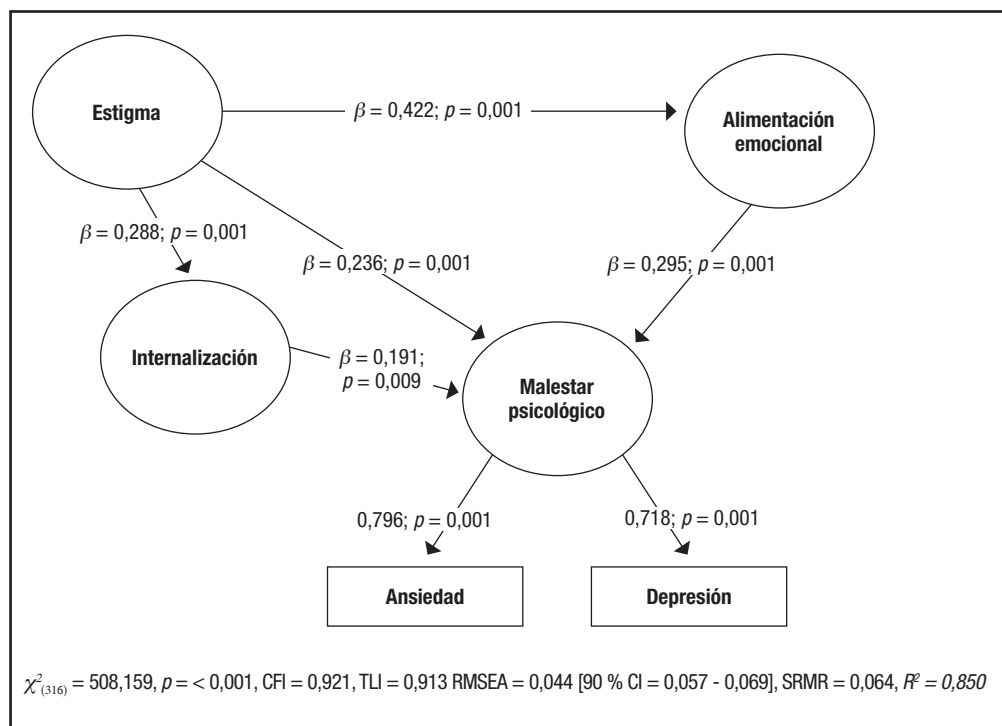


Figura 1.

Modelo de relaciones planteado entre estigma de peso y alimentación emocional. $\chi^2_{(316)} = 508,159, p < 0,001$, índice de ajuste comparativo (CFI) = 0,921, índice de Tucker-Lewis (TLI) = 0,913, *root mean square error of approximation* (RMSEA) = 0,044 (90 % CI = 0,057-0,069), *standardized root mean residual* (SRMR) = 0,064, $R^2 = 0,850$.

de estigmatización experimentadas en la cotidianeidad. Esta es una escala de diez ítems, entre los que se encuentran “No encuentro ropa de la talla que necesito” y “Siento que la gente me mira por mi peso”. Cada ítem tiene siete opciones de respuesta (0 = “Nunca” a 8 = “Todos los días”) y cuenta con una confiabilidad estimada con alfa de Cronbach de 0,804 para la muestra de este estudio.

Weight Bias Internalization Scale (WBIS) (Escala de Internalización del Sesgo de Peso)

Se empleó la escala de Durso y Latner (7), que evalúa el sesgo de peso internalizado entre personas con sobrepeso y obesidad. Cuenta con diez ítems, como “Soy menos atractivo/a que otra persona debido a mi peso” y “Mi peso influye mucho en cómo me juzgo a mí mismo”. Cada ítem posee cinco opciones de respuesta con un formato que va de “Muy en desacuerdo” a “Muy de acuerdo”. Para estimar la confiabilidad de la escala en la presente muestra, se prescindió de los ítems 1 y 9 debido a su baja correlación ítem-total; los ocho ítems restantes tuvieron una consistencia interna de 0,868 medida con coeficiente omega.

Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) (Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos)

Fue creada por Radloff (19) para medir la frecuencia con que los participantes han experimentado sintomatología depresiva en los últimos siete días. Este instrumento contiene 20 ítems, que pueden responderse con una escala con cuatro opciones de respuesta que varían desde “Raramente o ninguna vez (menos de un día)”, hasta “La mayoría de las veces (5-7 días)”. Algunos ejemplos de ítems son “Sentí que todo lo que hice fue un gran esfuerzo para mí”, “Me sentí solo” y “Disfruté de la vida”. Para esta muestra, la escala tuvo una confiabilidad estimada con coeficiente omega de 0,890.

State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo)

Fue desarrollado por Spielberger y cols. (20) para evaluar la ansiedad. El STAI cuenta con 20 ítems, que poseen cinco opciones de respuesta (1 = nunca y 5 = siempre). Ejemplos de ítems son: “Me enoja cuando los errores de otros me atrasan”, “Pierdo el control fácilmente”, “Me siento nervioso o inquieto”. Su confiabilidad para esta muestra fue de 0,865 estimada con coeficiente omega.

Emotional Eater Questionnaire (EEQ) (Cuestionario de Comedores Emocionales)

Se utilizó el cuestionario de Garaulet y cols. (21) para identificar la ingesta emocional en casos de personas con obesidad.

Este cuestionario cuenta con diez ítems que tienen cuatro opciones de respuesta (“Nunca”, “A veces”, “Generalmente” y “Siempre”). Algunos ejemplos de ítems son: “¿Cuando estás triste comes más de lo habitual?” y “¿Tienes problemas para controlar la cantidad de alimentos que consumes?”. Sus propiedades psicométricas sugieren una buena consistencia interna, con un omega estimado de 0,822, prescindiendo de los ítems 1, 9 y 10 por su baja correlación ítem-total.

PROCEDIMIENTO

Este estudio contó con la aprobación del Comité Ético Científico (CEC) de la Universidad de La Frontera.

Todos los participantes fueron contactados vía correo electrónico y posterior llamada telefónica. Quienes aceptaron participar acudieron al Laboratorio de Estrés y Salud del Departamento de Psicología de la Universidad a firmar el consentimiento informado (en el que se declaraban los objetivos, la voluntariedad y la confidencialidad de los datos), para posteriormente practicarse un examen de muestra sanguínea y proporcionar medidas antropométricas y de presión arterial. Finalmente, los participantes respondieron los instrumentos definidos para los proyectos por medio de la plataforma “Survey Monkey” o en formato impreso, de acuerdo a las preferencias del participante.

Por último, se entregó una retribución económica de USD 19,28 y se enviaron los resultados de sus exámenes de sangre al correo electrónico que informaron previamente, junto con una copia física de los exámenes al momento de finalizar el proceso y un tríptico con información sobre el estudio.

PLAN DE ANÁLISIS

Los análisis fueron realizados con el *software* Stata (Software for Statistics and Data Science) en su versión 14.2 y se consideró un alfa nominal de 0,05.

Para comenzar, se calcularon los datos descriptivos de la muestra en cuanto a frecuencia según sexo, media de edad, IMC e ingresos.

Posteriormente, se analizó la consistencia interna de las escalas y cuestionarios utilizados para medir las variables de interés a incluir en un modelo de análisis de ecuaciones estructurales (Estructural Equation Model [SEM]). Para ello, se estimó la consistencia interna con alfa de Cronbach para aquellos instrumentos de seis o más opciones de respuesta y omega para aquellos con cinco o menos opciones de respuesta (22).

Se realizó el SEM para probar las hipótesis del estudio. Esta técnica de análisis estadístico multivariada provee flexibilidad para el desarrollo y análisis de relaciones múltiples, al tiempo que permite modelar el error de medición y construir factores latentes (23).

Se construyeron factores latentes a partir de los ítems de los instrumentos para estigma de peso, internalización del sesgo de peso y alimentación emocional. En el caso de malestar psi-

cológico, este factor estuvo compuesto por los indicadores de sintomatología ansiosa y sintomatología depresiva. Para la construcción de estos factores, se consideró eliminar aquellos ítems con cargas factoriales < 0,30 (24).

Se estimaron efectos directos entre las variables y efectos indirectos entre estigma y alimentación a través de: a) internalización y malestar; y b) malestar (Fig. 1).

Por último, para estimar el grado de ajuste del modelo, se consideraron los indicadores de Chi-cuadrado (χ^2) no significativo e índice de ajuste comparativo (CFI) e índice de Tucker-Lewis (TLI) iguales o superiores a 0,90 como indicadores de un buen ajuste (25). Asimismo, se consideraron valores de residuos cercanos a 0 un *root mean square error of approximation* (RMSEA) igual o inferior a 0,06 y *standardized root mean residual* (SRMR) igual o inferior a 0,08 (26).

RESULTADOS

En primer lugar, se analizaron los datos descriptivos de cada variable, los cuales se presentan en la tabla I, para lo que se consideraron las medidas de tendencia central de media, desviación estándar y rango.

Se analizó el supuesto de normalidad multivariada y se hallaron valores significativos (*Mardia's multivariate test* $p < 0,05$), por lo que los análisis fueron ejecutados con el método de máxima verosimilitud con corrección de Satorra Bentler.

Para estimar el modelo se construyó un factor latente de malestar psicológico, cuyos indicadores fueron el promedio de los ítems de la escala de sintomatología ansiosa ($\lambda = 0,796$, $p < 0,001$) y el promedio de los ítems de la escala de sintomatología depresiva ($\lambda = 0,718$, $p < 0,001$). Asimismo, las variables latentes de estigma de peso, internalización del sesgo de peso y alimentación emocional estuvieron conformadas por la totalidad de los ítems de las escalas como indicadores, los cuales tuvieron cargas superiores a 0,3, con una significancia $p < 0,001$ (Tabla II).

Respecto a los efectos directos entre las variables, estigma de peso se relacionó directamente con alimentación emocional ($\beta = 0,422$, $p < 0,001$), internalización del sesgo de peso ($\beta = 0,288$, $p < 0,001$) y malestar psicológico ($\beta = 0,236$, $p < 0,001$). A su vez, internalización se asoció directamente con

malestar ($\beta = 0,191$, $p < 0,01$) y malestar se relacionó con alimentación emocional ($\beta = 0,295$, $p < 0,001$) (Fig. 1).

Respecto a los mecanismos de mediación hipotetizados, la relación entre estigma de peso y alimentación emocional estuvo mediada por una secuencia que incluyó la internalización del sesgo de peso y el malestar psicológico ($\beta_{\text{indirecto}} = 0,016$, $p = < 0,05$ [95 % CI = 0,000; 0,031]), que explicó un 3,14 % de la varianza. Al igual que el efecto indirecto hipotetizado entre estigma de peso y alimentación emocional, mediado por malestar psicológico ($\beta_{\text{indirecto}} = 0,070$, $p = < 0,01$ [95 % CI = 0,023-0,116]), que explicó un 13,75 %. El efecto total del modelo fue $\beta_{\text{total}} = 0,509$, $p < 0,01$ (Tabla III).

Por último, se examinó el ajuste global del modelo, con lo cual fue necesario reespecificar el modelo original, añadiendo tres covarianzas entre los indicadores 7 y 8 de estigma de peso ($\text{cov} = 0,757$, $p < 0,001$), entre los indicadores 2 y 3 de internalización del sesgo de peso ($\text{cov} = 0,313$, $p < 0,001$) y entre los indicadores 3 y 10 de internalización ($\text{cov} = 0,260$, $p < 0,001$). De esta forma, los indicadores de bondad de ajuste fueron los siguientes: $\chi^2_{(316)} = 508,159$, $p < 0,001$, CFI = 0,921, TLI = 0,913, RMSEA = 0,044 (90 % CI = 0,057-0,069) y SRMR = 0,064; el coeficiente de determinación fue 0,850.

En conclusión, el modelo planteado presentó buenos indicadores de bondad de ajuste y explicó en total un 85 % de la varianza de la variable alimentación emocional.

DISCUSIÓN

Este estudio tuvo como objetivo identificar la relación que existe entre estigma de peso y alimentación emocional y si esta relación está mediada por la internalización del sesgo de peso y el malestar psicológico. Los resultados permitieron responder a este objetivo y comprobar las hipótesis planteadas, es decir, existe una relación directa entre estigma de peso y alimentación emocional, además de una relación indirecta vía una secuencia de mediación que considera a) la internalización del sesgo de peso y malestar psicológico y b) el malestar psicológico.

Tabla I. Datos descriptivos de las variables

Variable	Promedio	Desviación estándar	Rango
Estigma de peso	0,3	0,48	0-3,1
Internalización del sesgo de peso	1,09	0,87	0-4
Sintomatología ansiosa	1,20	0,50	0-2,85
Sintomatología depresiva	0,75	0,47	0-2,4
Alimentación emocional	0,74	0,55	0-3

Análisis de medidas de tendencia central y de distribución.

Tabla II. Cargas factoriales del modelo de relaciones planteado entre estigma de peso y alimentación emocional

Factor latente	Indicador	Coefficiente	p	Intervalo de confianza 95 %	
Estigma de peso	Ítem 1	0,405	< 0,001	0,277	0,534
	Ítem 2	0,636	< 0,001	0,516	0,757
	Ítem 3	0,468	< 0,001	0,351	0,584
	Ítem 4	0,776	< 0,001	0,703	0,849
	Ítem 5	0,496	< 0,001	0,379	0,613
	Ítem 6	0,473	< 0,001	0,319	0,627
	Ítem 7	0,477	< 0,001	0,363	0,590
	Ítem 8	0,472	< 0,001	0,352	0,592
	Ítem 9	0,716	< 0,001	0,620	0,813
	Ítem 10	0,599	< 0,001	0,438	0,761
Internalización del sesgo de peso	Ítem 2	0,646	< 0,001	0,566	0,726
	Ítem 3	0,762	< 0,001	0,707	0,817
	Ítem 4	0,555	< 0,001	0,483	0,627
	Ítem 5	0,828	< 0,001	0,784	0,871
	Ítem 6	0,844	< 0,001	0,801	0,886
	Ítem 7	0,866	< 0,001	0,821	0,911
	Ítem 8	0,678	< 0,001	0,601	0,754
	Ítem 10	0,660	< 0,001	0,572	0,748
Malestar psicológico	Sintomatología ansiosa	0,796	< 0,001	0,668	0,923
	Sintomatología depresiva	0,718	< 0,001	0,594	0,843
Alimentación emocional	Ítem 1	0,403	< 0,001	0,305	0,502
	Ítem 2	0,566	< 0,001	0,478	0,654
	Ítem 3	0,708	< 0,001	0,635	0,781
	Ítem 4	0,805	< 0,001	0,735	0,858
	Ítem 5	0,782	< 0,001	0,721	0,842
	Ítem 6	0,749	< 0,001	0,694	0,804
	Ítem 7	0,353	< 0,001	0,258	0,449

Análisis factorial confirmatorio, pesos factoriales, valor p e intervalos de confianza.

Tabla III. Efectos directos, indirectos y totales del modelo propuesto

Efectos	β	p	Intervalo de confianza 95 %
Efecto directo de EP-ISP	0,288	0,001	0,178-0,398
Efecto directo de ISP-MP	0,191	0,009	0,048-0,334
Efecto directo de EP-MP	0,236	0,001	0,105-0,368
Efecto directo de MP-AE	0,295	0,001	0,191-0,400
Efecto directo de EP-AE	0,422	0,001	0,306-0,538
Efecto indirecto vía MP	0,070	0,003	0,023-0,116
Efecto indirecto vía ISP y MP	0,016	0,040	0,000-0,031

Análisis de mediación, descomposición de efectos directos, indirectos y total. EP: estigma de peso; ISP: internalización del sesgo de peso; MP: malestar psicológico; AE: alimentación emocional.

Los hallazgos obtenidos en este estudio coinciden con investigaciones previas como la de Cheng y cols. (27), en la que el estigma de peso se relacionó con una mayor depresión, ansiedad y conductas alimentarias inadecuadas para la salud (alimentación incontrolada, restricción y alimentación emocional). Similarmente, el estudio de O'Brien y cols. (8) demostró que el estigma de peso se asoció significativamente con las medidas de trastornos alimentarios, internalización y angustia psicológica; además, se halló un mecanismo de mediación entre estigma de peso y conducta alimentaria desordenada (alimentación emocional y alimentación incontrolada) a través de la angustia psicológica.

Un resultado interesante de este estudio guarda relación con que el rol mediador que el malestar psicológico tiene en la relación entre el estigma de peso y la alimentación es robusto ante la inclusión de la variable internalización del sesgo de peso, con lo cual destaca que el malestar psicológico es una variable que por sí sola puede mediar la relación con independencia de si el estigma es o no internalizado. Por consiguiente, se demuestra que tanto vivenciar el estigma de peso desde fuentes externas a la persona como también internalizar el estigma son importantes frente al malestar y la alimentación emocional que se pueden experimentar. Este hallazgo es novedoso ante la literatura anterior que demostraba que experimentar el estigma de peso no se asociaba tan consistentemente con efectos adversos de peso y salud, como sí ocurría al internalizar el estigma (9,28).

Teniendo en consideración lo anterior, se hubiera esperado que el tamaño del efecto de la mediación propuesta resultara mayor al incluir la internalización. Sin embargo, los resultados obtenidos podrían estar dados por factores como la deseabilidad social ante variables psicosociales medidas con ítems de autorreporte, mediante los cuales los participantes pueden mostrar tendencia a contestar bajo presiones sociales (29), con lo que podrían reportar una menor internalización del sesgo de peso al ser considerado negativo socialmente. Además, se encuentra el factor de la edad de la muestra, dado que individuos mayores podrían ser menos propensos que aquellos de menor edad a creer que los estereotipos negativos sobre las personas con exceso de peso se aplican a ellos mismos (30).

Respecto del alcance práctico de los resultados, se demuestra que, si bien la variable de internalización del sesgo de peso tiene un rol menor que el malestar psicológico en el modelo, ambas explican en gran medida la varianza de alimentación emocional, que está estrechamente ligada al aumento de peso (31), por lo que estas variables podrían ser abordadas como objetivos de intervenciones en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. En este sentido, intervenciones cognitivas conductuales (9) e intervenciones basadas en la aceptación, la atención plena y la compasión han mostrado evidencia de eficacia para disminuir la internalización del sesgo de peso y la sintomatología del malestar (32).

Estos resultados demuestran que el problema puede abordarse desde intervenciones a nivel individual. No obstante, los resultados también muestran la importancia de abordarlo a nivel social, enfocándose en disminuir el estigma desde las políticas públicas e invirtiendo esfuerzos en reducir las

presiones socioculturales, por ejemplo, al abogar por representaciones más diversas de la belleza en los medios de comunicación (11).

El presente estudio pretende ser un aporte al incorporar variables psicológicas y conductuales al estudio del sobrepeso y la obesidad, añadiendo temáticas actuales como el estigma de peso, que ha sido recientemente estudiado en Chile (10,14,33) y la internalización del sesgo de peso que se ha empezado a estudiar a nivel internacional en la última década (7). Asimismo, este estudio contribuye al estudiar una población adulta, grupo etario que presenta altas cifras de sobrepeso y obesidad a nivel nacional (34).

La evidencia de las consecuencias para la salud que resultan del estigma de peso se está volviendo cada vez más clara y, aunque es importante concientizar sobre las consecuencias negativas, la conciencia por sí sola no es suficiente para eliminar el problema (6), sino que es necesario desafiar y cambiar creencias generalizadas y profundamente arraigadas, lo que requiere una nueva narrativa pública del exceso de peso que sea coherente con el conocimiento científico moderno (6). Esto solo puede lograrse mediante los esfuerzos concertados de un amplio grupo de partes interesadas, incluidos los proveedores de atención médica, investigadoras, educadores, medios de comunicación y población general. Se anima a seguir desarrollando intervenciones y programas para disminuir el estigma de peso en los entornos sociales, escolares, laborales y médicos (8).

Con respecto a las limitaciones de este estudio, se debe cautelar la generalización de los resultados hacia población de otro rango etario, dado que la muestra, en este caso perteneciente a la etapa de la adultez media, podría presentar una menor sintomatología ansiosa y depresiva que los jóvenes (35). Además, este estudio no establece una comparación de resultados según el género de la muestra, dado que excede los objetivos planteados. Otra limitación de esta investigación consiste en que, al ser un estudio de corte transversal, se presenta la imposibilidad de determinar una secuencia temporal clara entre las variables, debido a que las mediciones se hacen de manera simultánea (36).

Considerando lo expuesto, se sugiere seguir investigando el tema en diferentes grupos etarios para mejorar la cobertura y aportar a las implicancias prácticas para la intervención y el tratamiento del exceso de peso en la población. De la misma forma, se sugiere considerar la comparación según género, dado que en investigaciones anteriores se ha planteado que las mujeres se ven más afectadas por el estigma, refiriendo peor calidad de vida y autoestima reducida en comparación con los hombres (10).

Por último, en la actualidad existe un conocimiento limitado de cómo la pandemia COVID 19 y sus restricciones relacionadas con el confinamiento, la cobertura de los medios de comunicación y las prácticas de atención médica pueden estar contribuyendo a los prejuicios, la discriminación y la internalización de estos sesgos entre las personas con un mayor peso corporal (37), por lo que se sugiere continuar investigando en el área, considerando los acontecimientos actuales sucedidos a nivel mundial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lava M, Antún M, De Ruggiero M, González V, Mirri M, Rossi M. Percepción de usuarios con exceso de peso sobre los factores que intervienen en la implementación de las pautas alimentarias sugeridas en la Consejería Nutricional del Programa Estaciones Saludables en la Ciudad de Buenos Aires. *Diaeta* 2018;36(164):8-19.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Obesidad y sobrepeso. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Datos y cifras: 10 datos sobre la obesidad. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/>
4. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Estudios de la OCDE sobre Salud Pública en Chile, hacia un futuro más sano: evaluación y recomendaciones. OCDE; 2019. Disponible en: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Revisión-OCDE-de-Salud-Pública-Chile-Evaluación-y-recomendaciones.pdf>
5. Pearl R, Puhl R. Weight bias internalization and health: a systematic review. *Obes Rev* 2018;19(8):1141-63. DOI: 10.1111/obr.12701
6. Rubino F, Puhl R, Dixon J. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med* 2020;26:485-97. DOI: 10.1038/s41591-020-0803-x
7. Durso L, Latner J. Understanding self-directed stigma: development of the weight bias internalization scale. *Obesity* 2008;16(2):80-6. DOI: 10.1038/oby.2008.448
8. O'Brien K, Latner J, Puhl R, Vartanian L, Giles C, Griva K, et al. The relationship between weight stigma and eating behavior is explained by weight bias internalization and psychological distress. *Appetite* 2016;102(1):70-6. DOI: 10.1016/j.appet.2016.02.032
9. Pearl R, Puhl R. The distinct effects of internalizing weight bias: an experimental study. *Body Image* 2016;17:38-42. DOI: 10.1016/j.bodyim.2016.02.002
10. Gómez-Pérez D, Ortiz MS, Saiz JL. Estigma de obesidad, su impacto en las víctimas y en los equipos de salud: una revisión de la literatura. *Rev Med Chil* 2017;145(9):1160-4. DOI: 10.4067/s0034-98872017000901160
11. Lee M, González B, Small BJ, Thompson JK. Internalized weight bias and psychological wellbeing: an exploratory investigation of a preliminary model. *PLoS One* 2019;14(5):1-12.
12. Frayn M, Knäuper B. Emotional eating and weight in adults: a review. *Curr Psychol* 2018;37(4):924-33. DOI: 10.1007/s12144-017-9577-9
13. Pearl R. Weight stigma and the "Quarantine-15." *Obesity* 2020;28(7):1180-1. DOI: 10.1002/oby.22850
14. Gómez-Pérez D, Ortiz MS. Estigma de obesidad, cortisol e ingesta alimentaria: un estudio experimental con mujeres. *Rev Med Chil* 2019;147(3):314-21. DOI: 10.4067/S0034-98872019000300314
15. Thierry C, Luc C. La educación para la prevención/reducción del sedentarismo: una necesidad en el mundo actual. *Cienc Deporte* 2021;6(1):67-84.
16. Malo-Serrano M, Castillo N, Pajita D. Obesity in the world. *An Fac Med* 2017;78(2):173-8. DOI: 10.15381/anales.v78i2.13213
17. Palomino AM. Rol de la emoción en la conducta alimentaria. *Rev Chil Nutr* 2020;47(2):286-91. DOI: 10.4067/S0717-75182020000200286
18. Barret P. Structural equation modelling: adjudging model fit. *Pers Individ Differ* 2007;45(2):815-24. DOI: 10.1016/j.paid.2006.09.018
19. Radloff L. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas* 1977;1(3):385-401. DOI: 10.1177/014662167700100306
20. Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R, Vagg P, Jacobs G. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Consulting Psychologists Press; 1983.
21. Garaulet M, Canteras M, Morales E, López-Guimera G, Sánchez-Carracedo D, Corbalán-Tutau M. Validation of a questionnaire on emotional eating for use in cases of obesity; the Emotional Eater Questionnaire (EEQ). *Nutr Hosp* 2012;27(2):645-51. DOI: 10.3305/nh.2012.27.2.5659
22. Ventura-León J, Caycho-Rodríguez T. El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv* 2017;15(1):625-7.
23. Ortiz M, Fernández-Pera M. Modelo de ecuaciones estructurales: una guía para ciencias médicas y ciencias de la salud. *Ter Psicol* 2018;36(1):47-53. DOI: 10.4067/s0718-48082017000300047
24. Kline P. An Easy Guide to Factor Analysis. Sage; 1994.
25. Byrne B, Baron P, Larsson B, Melin L. The Beck Depression Inventory: testing and cross-validating a second-order factorial structure for Swedish nonclinical adolescents. *Behav Res Ther* 1995;33:345-56. DOI: 10.1016/0005-7967(94)E0050-S
26. Fan X, Sivo S. Sensitivity of fit indices to model misspecification and model types. *Multivariate Behav Res* 2007;45:509-29. DOI: 10.1080/00273170701382864
27. Cheng M, Wang S, Lam Y, Tung H, Ching Y, Lin C. The relationships between weight bias, perceived weight stigma, eating behavior, and psychological distress among undergraduate students in Hong Kong. *J Nerv Ment Dis* 2018;206(9):705-10. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000869
28. Pearl R, Puhl R, Himmelstein M, Pinto A, Foster G. Weight stigma and weight-related health: associations of self-report measures among adults in weight management. *Ann Behav Med* 2020;20:1-11. DOI: 10.1093/abm/kaaa026
29. Del Valle M, Zamora E. El uso de las medidas de auto-informe: ventajas y limitaciones en la investigación en Psicología. *Alternativas Psicol* 2021;47(1):22-35.
30. Carels RA, Wott CB, Young KM, Gumble A, Koball A, Oehlhof MW. Implicit, explicit, and internalized weight bias and psychosocial maladjustment among treatment-seeking adults. *Eat Behav* 2010;11(3):180-5. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2010.03.002
31. Konttinen H. Emotional eating and obesity in adults: the role of depression, sleep and genes. *Proc Nutr Soc* 2020;79:283-9. DOI: 10.1017/S0029665120000166
32. Palmeira L, Cunha M, Pinto-Gouveia J. Processes of change in quality of life, weight self-stigma, body mass index and emotional eating after an acceptance-, mindfulness- and compassion-based group intervention (Kg-Free) for women with overweight and obesity. *J Health Psychol* 2017;24(8):1-14. DOI: 10.1177/1359105316686668
33. Ortiz M, Gómez-Pérez D. Psychometric properties of a brief Spanish version of Stigmatizing Situations Inventory. *Rev Mex Trastor Aliment* 2019;10(1):1-9. DOI: 10.22201/fesi.20071523e.2019.1.538
34. Chavarría P, Barrón V, Rodríguez A. Estado nutricional de adultos mayores activos y su relación con algunos factores sociodemográficos. *Rev Cub Salud Pública* 2017;43(3):361-72.
35. Losada A, Márquez M, Jiménez L, Pedrosa M, Gallego L, Fernandes J. Diferencias en función de la edad y la autopercepción del envejecimiento en ansiedad, tristeza, soledad y sintomatología comórbida ansioso-depresiva durante el confinamiento por la COVID-19. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2020;55(5):272-8. DOI: 10.1016/j.regg.2020.05.005
36. Cvetkovic-Vega A, Maguiña J, Soto A, Lama-Valdivia J, Correa-López L. Estudios transversales. *Rev Fac Med Hum* 2021;21(1):179-85. DOI: 10.25176/RFMH.v21i1.3069
37. Pearl R, Schulte E. Weight bias during the COVID-19 pandemic. *Curr Obes Rep* 2021;10:181-90. DOI: 10.1007/s13679-021-00432-2