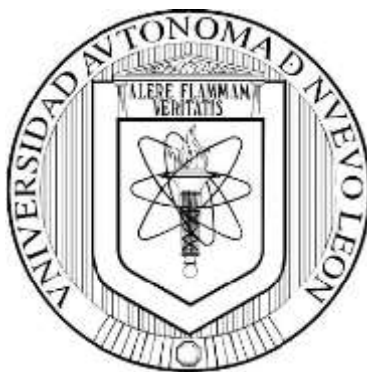


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



PROCESO DEL ESTIGMA DEL PESO, CONDUCTAS DE ALIMENTACIÓN
ADAPTATIVAS Y MAL ADAPTATIVAS: EL EFECTO MEDIADOR DE LA
CONSCIENCIA DEL ESTIGMA

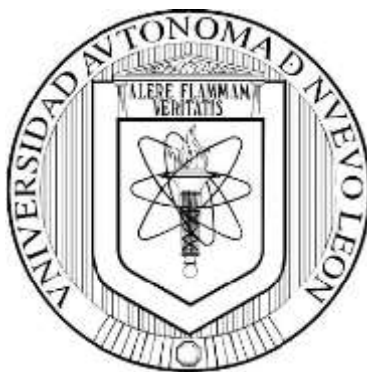
Por

ADIEL AGAMA SARABIA

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

FEBRERO, 2025

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



PROCESO DEL ESTIGMA DEL PESO, CONDUCTAS DE ALIMENTACIÓN
ADAPTATIVAS Y MAL ADAPTATIVAS: EL EFECTO MEDIADOR DE LA
CONSCIENCIA DEL ESTIGMA

Por

ADIEL AGAMA SARABIA

Director de Tesis

DRA. YOLANDA FLORES PEÑA

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

FEBRERO, 2025

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

RIBERÃO PRETO



ADIEL AGAMA SARABIA

PROCESSO DE ESTIGMA DO PESO, COMPORTAMENTOS ALIMENTARES
ADAPTATIVOS E DESADAPTATIVOS: O EFEITO MEDIADOR DA
CONSCIÊNCIA DO ESTIGMA

Tese apresentado para fins de dupla titulação entre a
Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de
Nuevo León e a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de
Doutor em Ciências pelo Programa de Pós-graduação em
Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Rosane Pilot Pessa

RIBERÃO PRETO

FEBRERO, 2025

PROCESO DEL ESTIGMA DEL PESO, CONDUCTAS DE ALIMENTACIÓN
ADAPTATIVAS Y MAL ADAPTATIVAS: EL EFECTO MEDIADOR DE LA
CONSCIENCIA DEL ESTIGMA

POR

ADIEL AGAMA SARABIA

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Aprobación de Tesis

Dra. Yolanda Flores Peña
DIRECTOR DE TESIS Y PRESIDENTE DEL JURADO

Dra. Juana Mercedes Gutiérrez Valverde
SECRETARIO

Dra. Rosane Pilot Pessa
1º VOCAL Y CODIRECTOR DE TESIS

Bertha Cecilia Salazar González, PhD
2º VOCAL

Dr. Pedro Enrique Trujillo Hernández
3º VOCAL

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
SUBDIRECTOR DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

PROCESO DEL ESTIGMA DEL PESO, CONDUCTAS DE ALIMENTACIÓN
ADAPTATIVAS Y MAL ADAPTATIVAS: EL EFECTO MEDIADOR DE LA
CONSCIENCIA DEL ESTIGMA

Este trabajo fue realizado en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, así como en las instalaciones de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México, durante el período comprendido de Agosto 2021 a Junio 2024, del, bajo la Dirección de la Dra. Yolanda Flores Peña y la Codirección de la Dra. Rosane Pilot Pessa.

Dra. Yolanda Flores Peña

Director de Tesis

Dra. Rosane Pilot Pessa

Co-Director de Tesis

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Universidad Autónoma de Nuevo León por el apoyo brindado para realizar los estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería.

Al programa de apoyo del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnología (CONAHCyT), por la beca proporcionada para poder realizar los estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería.

A la Dra. Yolanda Flores Peña, Director de Tesis por su orientación, apoyo y consejos que me proporcionó durante el proceso de desarrollo del presente trabajo.

A la Dra. Rosane Pilot Pessa, Víctor Pedrero Castillo PhD, Dra. Juana Mercedes Gutiérrez Valverde y Dra. Bertha Cecilia Salazar González por su orientación y apoyo para la realización del presente trabajo.

A las profesoras y profesores del Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería por todas sus enseñanzas a lo largo de este tiempo.

A la Dra. Gabriela Trejo Niño, Mtra. Belinda de la Peña León y Lic. María de los Angeles Rivera Gómez de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza por su apoyo incondicional durante este proceso para lograr la conclusión del presente trabajo.

A mis amigos y compañeros que siempre estuvieron apoyándome Dr. Omar Vázquez, MCE. Iris N. Péerz García, MCE. Ana Laura Castillo y Dra. Julia del Ángel, gracias por su apoyo, compañía y por compartir sus conocimientos durante estos tres años que me ayudaron a lograr concluir este proceso.

Dedicatoria

A mis padres.

ÍNDICE

Contenido	Página
Agradecimientos	iii
Dedicatoria	iv
Lista de abreviaturas	viii
Lista de tablas	ix
Lista de figuras	x
Resumen	xi
Abstract	xiii
I. Introducción	1
Teoría de la identidad social	3
Estigma	5
Clarificación conceptual por el método de Norris	13
Descripción del fenómeno desde la perspectiva de otras disciplinas	15
Sistematización de observaciones y descripciones	18
Definición operacional del concepto de estudio	20
Modelo del concepto	22
Estudios relacionados	23
Proceso del estigma	24
Estigma experimentado	24
Estigma internalizado	25
Estigma anticipado	26
Conductas de alimentación	26
Conductas adaptativas	27
Conductas mal adaptativas	28

Definición de términos	29
II. Justificación	32
III. Hipótesis	33
IV. Objetivos	33
V. Materiales y métodos	35
Diseño del estudio	35
Población, muestreo y muestra	35
Criterios de inclusión	35
Criterios de exclusión	35
Criterios de eliminación	36
Instrumentos de medición	36
De lápiz y papel	36
Datos sociodemográficos	36
Proceso del estigma	36
Conductas adaptativas	38
Conductas mal adaptativas	38
Procedimiento de recolección de datos	40
Consideraciones éticas	41
Plan de análisis	42
VI. Resultados	45
Estadística descriptiva	46
Estadística para verificar los objetivos de estudio	50
Objetivo específico 1	50
Objetivo específico 2	51
Objetivo específico 3	53
Objetivo específico 4	55

Objetivo específico 5	56
Objetivo general	60
VII. Discusión	63
Limitaciones	76
VIII. Conclusiones	77
Recomendaciones	78
IX. Referencias bibliográficas	80
X. Anexos	106
A. Cédula de datos personales	107
B. Cuestionario del estigma percibido del peso	108
C. Escala modificada de internalización del estigma del peso	109
D. Cuestionario auto estigma del peso	111
E. Escala de estigma anticipado por enfermedades crónicas	113
F. Cuestionario de consciencia del estigma	115
G. Confianza en las señales de hambre y saciedad	117
H. Cuestionario de alimentación consciente	118
I. Cuestionario de alimentación de tres factores	121
J. Escala de comer emocional	124
K. Escala de imagen corporal	126
L. Carta de consentimiento informado	128
M. Análisis factorial del cuestionario de alimentación consciente	131

LISTA DE ABREVIATURAS

CdE	Consciencia del estigma
CFI	Índice de ajuste comparativo
EA	Estigma anticipado
EE	Estigma experimentado
EI	Estigma internalizado
GFI	Índice de bondad de ajuste
IMC	Índice de Masa Corporal
MEQ	Cuestionario de alimentación consciente
NFI	Índice normado de ajuste
OB	Obesidad
OMS	Organización Mundial de la Salud
PPC	Percepción del Peso Corporal
RMSEA	Error cuadrático medio de aproximación
SP	Sobrepeso
SRMR	Raíz cuadrada media residual estandarizada

LISTA DE TABLAS

Tabla		Página
1	Consistencia interna de los instrumentos	45
2	Características sociodemográficas de los participantes	47
3	Medidas de tendencia central y dispersión de las variables sociodemográficas continuas	48
4	Índice nutricio y percepción del peso corporal	49
5	Descripción del proceso del estigma por sexo, IMC y PPC	51
6	Estadística descriptiva de las conductas adaptativas por sexo, IMC y PPC	52
7	Estadística descriptiva de las conductas mal adaptativas por sexo, IMC y PPC	53
8	Correlación entre los tipos del estigma y conductas de alimentación adaptativas y mal adaptativas	54
9	Análisis del modelo de mediación del estigma	55
10	Modelo de regresión múltiple para comer intuitivo	57
11	Modelo de regresión múltiple para alimentación consciente	58
12	Modelo de regresión múltiple para restricción cognitiva	58
13	Modelo de regresión múltiple para comer emocional	59
14	Modelo de regresión múltiple para comer sin control	60
15	Efectos de mediación del proceso del estigma por conductas de alimentación adaptativas y mal adaptativas	62
16	Cargas factoriales	132
17	Factores de carga por ítem del cuestionario de alimentación consciente	135
18	Efectos directos del modelo de estigma del peso y conductas de alimentación adaptativas y mal adaptativas	136

LISTA DE FIGURAS

Figura		Página
1	Modelo conceptual del proceso del estigma en la salud	13
2	Diagrama de revisión de la literatura	19
3	Modelo del concepto integrado: estigma, prejuicio y sesgo	21
4	Modelo de concepto del estigma del peso	22
5	Teoría de rango medio: modelo del proceso del estigma del peso	23
6	Modelo de mediación del proceso del estigma del peso	56
7	Modelo del proceso del estigma del peso, conductas adaptativas y mal adaptativas	61
8	Análisis factorial confirmatorio de alimentación consciente	134

Resumen

ME. Adiel Agama Sarabia
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de graduación:

Título del Estudio: PROCESO DEL ESTIGMA DEL PESO, CONDUCTAS DE ALIMENTACIÓN ADAPTATIVAS Y MAL ADAPTATIVAS: EL EFECTO MEDIADOR DE LA CONSCIENCIA DEL ESTIGMA

Número de páginas:

Candidato para obtener el grado de
Doctor en Ciencias de Enfermería

LGAC: Cuidado a la salud en: a) riesgo de desarrollar estados crónicos y b) grupos Vulnerables.

Objetivo, Material y Métodos: El Modelo del Proceso del Estigma en la Salud guió el presente estudio descriptivo, correlacional, transversal y de comprobación de modelo. El objetivo fue evaluar el poder explicativo de la teoría de rango medio Modelo del Proceso del Estigma del Peso: a) estigma experimentado, b) estigma internalizado, c) estigma anticipado y d) la consciencia del estigma sobre: 1) las conductas de alimentación adaptativas: a) alimentación consciente y b) comer intuitivo y 2) conductas de alimentación mal adaptativas: a) restricción cognitiva, b) comer emocional y c) comer sin control. Participaron estudiantes universitarios de una institución pública del oriente de la Ciudad de México. El tamaño de la muestra se determinó por el paquete estadístico G*Power®, nivel de confianza 95%, potencia de prueba 90, efecto del diseño 0.4, para una población finita de 7222 estudiantes para un modelo de ecuaciones estructurales resultando en 745 participantes. La colecta de datos se realizó en el periodo de Septiembre-Noviembre 2023 ($n = 782$). Los participantes respondieron: 1) Cuestionario del Estigma Percibido ($\alpha = .810$), 2) Escala de Internalización del Estigma - Modificada ($\alpha = .915$), 3) Cuestionario Auto Estigma del Peso ($\alpha = .916$), 4) Escala de Estigma Anticipado para Enfermedades Crónicas ($\alpha = .920$). 5) Cuestionario de Consciencia del Estigma ($\alpha = .820$), 6) Escala de Comer Intuitivo ($\alpha = .883$), 7) Cuestionario de Alimentación Consciente ($\alpha = .800$), 8) Cuestionario de Tres Factores de Alimentación R-18 ($\alpha = .820$), 9) Escala de Comer Emocional ($\alpha = .936$), 10) Percepción del peso corporal (PPC) mediante las figuras de Stunkard y Sørensen ($r = .87$), proporcionaron información sociodemográfica, se midió peso y talla. Se aplicó estadística descriptiva e inferencial, análisis de regresión multivariado, modelo de mediación y modelo de ecuaciones estructurales.

Resultados y conclusiones: Participaron 782 estudiantes universitarios, 67.6% mujeres ($n = 529$), media de edad 20.1 años ($DE = 1.9$), peso promedio 64.9 kg ($DE = 13.4$), talla media 1.63 m ($DE = 0.09$), media de IMC 24.2 kg/m² ($DE = 4.1$). El 27.7% ($n = 217$) de los participantes tenían sobrepeso y 8.6% ($n = 67$) obesidad, de acuerdo con el sexo el

sobrepeso fue 32.4% ($n = 82$) en hombres y 22.5% ($n = 135$) en mujeres; con respecto a la obesidad fue de 8.7% ($n = 22$) para hombres y 8.5% ($n = 45$) en mujeres. Por sexo no hubo diferencia en el estigma experimentado e internalizado, las mujeres obtuvieron niveles más altos y se observaron diferencias significativas en el estigma anticipado ($p < .01$) y consciencia del estigma ($p < .01$). En conductas de alimentación adaptativas hubo diferencias en alimentación consciente ($p < .01$) y en conductas de alimentación mal adaptativas se observaron diferencias estadísticamente significativas en restricción cognitiva ($p < .01$), comer emocional ($p < .01$) y comer sin control ($p < .01$). Al analizar las correlaciones entre los tipos de estigma y conductas de alimentación, el comer intuitivo presentó correlación negativa con todos los tipos de estigma ($p < .000$) y el resto de las conductas presentaron correlaciones positivas con todos los tipos de estigmas ($p < .000$). En los modelos de mediación se observó efecto indirecto entre el estigma experimentado y estigma anticipado mediado por la consciencia del estigma $\beta = .114$ IC95% [.063 .114], entre el estigma experimentado y el estigma anticipado mediado por el estigma internalizado $\beta = .307$ IC95% [.223 .402] y efecto indirecto del estigma experimentado y el estigma anticipado medido tanto por la consciencia del estigma y por el estigma internalizado fue $\beta = .081$ IC95% [.053 .120]. En los modelos de regresión multivariados, comer intuitivo se explicó por estigma experimentado ($\beta = -.129$, $p = .001$), estigma internalizado ($\beta = -.120$, $p = .004$), estigma anticipado ($\beta = -.104$, $p = .019$) y percepción del peso corporal ($\beta = -.125$, $p = .001$), la alimentación consciente por el estigma internalizado ($\beta = .232$, $p < .000$), el estigma anticipado ($\beta = .171$, $p < .001$), el sexo ($\beta = -.139$, $p < .001$) y la edad ($\beta = .094$, $p = .005$), la restricción cognitiva por el estigma internalizado ($\beta = .220$, $p < .001$), la consciencia del estigma ($\beta = .094$, $p = .010$), la percepción del peso corporal ($\beta = .128$, $p = .001$), el sexo ($\beta = .101$, $p = .003$) y edad ($\beta = .005$, $p = .005$), el comer emocional por el estigma experimentado ($\beta = .103$, $p = .008$), estigma internalizado ($\beta = .181$, $p < .001$), estigma anticipado ($\beta = .176$, $p < .001$) y el sexo ($\beta = .099$, $p = .003$) y el comer sin control por el estigma experimentado ($\beta = .094$, $p = .017$), el estigma internalizado ($\beta = .142$, $p = .001$), el estigma anticipado ($\beta = .189$, $p < .001$) y el sexo ($\beta = -.127$, $p < .001$). En el modelo de ecuaciones estructurales se obtuvieron los índices de bondad de ajuste: RMSEA = .05, SRMR = .10 y CFI = .81, se observó para el comer intuitivo un efecto significativo del EE ($\beta = .193$, $p < .001$), EI ($\beta = -.113$, $p = .020$) y EA ($\beta = -.160$, $p = .007$), alimentación consciente: EI ($\beta = -.285$, $p < .001$), restricción cognitiva: EI ($\beta = .285$, $p < .001$), comer emocional: EE ($\beta = -.139$, $p = .018$), EI ($\beta = .180$, $p < .001$) y EA ($\beta = .234$, $p < .001$) y comer sin control: EI ($\beta = .123$, $p = .012$) y EA ($\beta = .271$, $p < .001$). El modelo del proceso del estigma tiene efecto mediador en las conductas de alimentación adaptativas de comer emocional y alimentación consciente, así como en las mal adaptativas de restricción cognitiva, comer emocional y comer sin control. Estos hallazgos permiten entender mejor los mecanismos que influyen en las conductas de alimentación de las personas y contribuir al conocimiento de enfermería para tomarlos en consideración al momento de desarrollar intervenciones para el manejo del sobrepeso y la obesidad. Se realza la necesidad de continuar realizando investigación en esta temática para dar respuesta a las relaciones que aun han sido poco exploradas entre los tipos de estigma del peso y las conductas de alimentación adaptativas.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Resumo

Objetivo, Material e Métodos: O Modelo de Processo de Estigma em Saúde orientou este estudo descritivo, correlacional, transversal e de teste de modelo. O objetivo foi avaliar o poder explicativo da teoria de médio alcance do Modelo de Processo de Estigma de Peso: a) estigma vivenciado, b) estigma internalizado, c) estigma antecipado e d) consciência do estigma sobre: 1) comportamentos alimentares adaptativos: a) alimentação consciente e b) alimentação intuitiva e 2) comportamentos alimentares desadaptativos: a) restrição cognitiva, b) alimentação emocional e c) alimentação descontrolada. A população era composta por estudantes universitários de uma instituição pública do leste da Cidade do México. O tamanho da amostra foi determinado pelo pacote estatístico G*Power® com nível de confiança de 95%, poder de 90, com efeito de delineamento de 0,4 para uma população finita de 7.222 alunos para um modelo de equações estruturais, resultando em um total de 745 participantes. A coleta de dados foi realizada no período de setembro a novembro de 2023 ($n = 782$). Os participantes responderam: 1) Questionário de Estigma Percebido ($\alpha = 0,810$), 2) Escala de Internalização do Estigma - Modificada ($\alpha = 0,915$), 3) Questionário de Auto estigma de Peso ($\alpha = 0,916$), 4) Escala de Estigma Antecipado para Doenças Crônicas ($\alpha = 0,920$). 5) Questionário de Conscientização do Estigma ($\alpha = 0,820$), 6) Escala de Alimentação Intuitiva ($\alpha = 0,883$), 7) Questionário de Alimentação Consciente ($\alpha = 0,800$), 8) Questionário de Alimentação de Três Fatores R-18 ($\alpha = 0,820$), 9) Escala de Alimentação Emocional ($\alpha = 0,936$), 10) Percepção do peso corporal (PPC) por meio dos números de Stunkard e Sørensen ($r = 0,87$), fornecendo informações sociodemográficas, peso e altura foram medidos. Foram aplicadas estatísticas descritivas e inferenciais, análise de regressão multivariada, modelo de mediação e modelo de equações estruturais.

Resultados e conclusões: Participaram 782 estudantes universitários, sendo 67,6% mulheres ($n = 529$). A idade média foi de 20,1 anos (DP = 1,9), o peso médio é de 64,9 kg (DP = 13,4) e a altura média é de 1,63 m (DP = 0,09). O IMC médio foi de 24,2 kg/m² (DP = 4,1). A distribuição do SP-OB foi de 27,7% ($n = 217$) no sobrepeso e 8,6% ($n = 67$) na obesidade. Segundo o sexo, o excesso de peso foi de 32,4% ($n = 82$) nos homens e 22,5% ($n = 135$) em mulheres; em relação à obesidade foi de 8,7% ($n = 22$) para os homens e 8,5% ($n = 45$) para as mulheres. Por sexo, não houve diferenças no estigma vivenciado e internalizado, as mulheres obtiveram níveis mais elevados e diferenças significativas foram observadas no estigma antecipado ($p < 0,01$) e na consciência do estigma ($p < 0,01$). Nos comportamentos alimentares adaptativos, houve diferenças na alimentação consciente ($p < 0,01$) e nos comportamentos alimentares desadaptativos, foram observadas diferenças estatisticamente significativas na restrição cognitiva ($p < 0,01$), na alimentação emocional ($p < 0,01$) e descontrole alimentar ($p < 0,01$). Ao analisar as correlações entre os tipos de estigma e os comportamentos alimentares, a alimentação intuitiva apresentou correlação negativa com todos os tipos de estigma ($p < 0,001$) e os demais comportamentos apresentaram correlações positivas com todos os tipos de estigma ($p < 0,001$). Nos modelos de mediação, foi observado um efeito indireto entre o estigma vivenciado e o estigma antecipado mediado pela consciência do estigma $\beta = 0,114$ IC95% [0,063 0,114], entre o estigma vivenciado e o

estigma antecipado mediado pelo estigma internalizado $\beta = 0,307$ IC95% [0,223 0,402] e o efeito indireto do estigma vivenciado e do estigma antecipado medido pela consciência do estigma e pelo estigma internalizado foi $\beta = 0,081$ IC95% [0,053 0,120]. Nos modelos de regressão multivariada, a alimentação intuitiva foi explicada pelo estigma vivenciado ($\beta = -0,129$, $p = 0,001$), estigma internalizado ($\beta = -0,120$, $p = 0,004$), estigma antecipado ($\beta = -0,104$, $p = 0,019$) e percepção do peso corporal ($\beta = -0,125$, $p = 0,001$), alimentação consciente devido ao estigma internalizado ($\beta = 0,232$, $p < 0,001$), estigma antecipado ($\beta = 0,171$, $p < 0,001$), sexo ($\beta = -0,139$, $p < 0,001$) e idade ($\beta = 0,094$, $p = 0,005$), restrição cognitiva devido a internalização estigma ($\beta = 0,220$, $p < 0,001$), consciência do estigma ($\beta = 0,094$, $p = 0,010$), percepção do peso corporal ($\beta = 0,128$, $p = 0,001$), sexo ($\beta = 0,101$, $p = 0,003$) e idade ($\beta = 0,005$, $p = 0,005$), alimentação emocional por estigma vivenciado ($\beta = 0,103$, $p = 0,005$), estigma internalizado ($\beta = 0,181$, $p < 0,001$), estigma antecipado ($\beta = 0,176$, $p < 0,001$) e sexo ($\beta = 0,099$, $p = 0,003$) e alimentação descontrolada devido ao estigma vivenciado ($\beta = 0,094$, $p = 0,017$), estigma internalizado ($\beta = 0,142$, $p = 0,001$), estigma antecipado ($\beta = 0,189$, $p < 0,001$) e sexo ($\beta = -0,127$, $p < 0,001$). No modelo de equações estruturais foram obtidos os índices de ajuste: RMSEA = 0,05, SRMR = 0,10 e CFI = 0,81, foi observado um efeito significativo do EE para a alimentação intuitiva ($\beta = 0,193$, $p < 0,001$), EI ($\beta = -0,113$, $p = 0,020$) e EA ($\beta = -0,160$, $p = 0,007$), alimentação consciente: EI ($\beta = -0,285$, $p < 0,001$), restrição cognitiva: EI ($\beta = 0,285$, $p < 0,001$), alimentação emocional: EE ($\beta = -0,139$, $p = 0,018$), EI ($\beta = 0,180$, $p < 0,001$) e EA ($\beta = 0,234$, $p < 0,001$) e descontrole alimentar: EI ($\beta = 0,123$, $p = 0,012$) e EA ($\beta = 0,271$, $p < 0,001$). O modelo do processo de estigma tem um efeito mediador nos comportamentos alimentares adaptativos de alimentação emocional e alimentação consciente, bem como nos comportamentos alimentares desadaptativos de restrição cognitiva, alimentação emocional e descontrole alimentar. Estes resultados permitem-nos compreender melhor os mecanismos que influenciam os comportamentos alimentares das pessoas e contribuem para o conhecimento da enfermagem para os ter em consideração no desenvolvimento de intervenções para a gestão do excesso de peso e da obesidade. Destaca-se a necessidade de continuar a realizar pesquisas sobre este tema para responder às relações ainda pouco exploradas entre tipos de estigma de peso e comportamentos alimentares adaptativos.

Abstract

Objective, Material and Methods: The Health Stigma Process Model guided this descriptive, correlational, cross-sectional and model testing study. The objective was to evaluate the explanatory power of the mid-range theory of the Weight Stigma Process Model: a) experienced stigma, b) internalized stigma, c) anticipated stigma and d) stigma awareness on: 1) adaptive eating behaviors: a) conscious eating and b) intuitive eating and 2) maladaptive eating behaviors: a) cognitive restriction, b) emotional eating and c) uncontrolled eating. The population was made up of university students from a public institution in the east of Mexico City. The sample size was determined by the G*Power® statistical package with a 95% confidence level, a power of 90, with a design effect of 0.4 for a finite population of 7,222 students for a structural equation model, resulting in a total of 745 participants. Data collection was carried out in the period of September-November 2023 ($n = 782$). Participants answered: 1) Perceived Stigma Questionnaire ($\alpha = .810$), 2) Internalization of Stigma Scale - Modified ($\alpha = .915$), 3) Weight Self-Stigma Questionnaire ($\alpha = .916$), 4) Scale of Anticipated Stigma for Chronic Diseases ($\alpha = .920$), 5) Stigma Awareness Questionnaire ($\alpha = .820$), 6) Intuitive Eating Scale ($\alpha = .883$), 7) Conscious Eating Questionnaire ($\alpha = .800$), 8) Three Factor Eating Questionnaire R- 18 ($\alpha = .820$), 9) Emotional Eating Scale ($\alpha = .936$), 10) Perception of body weight (PBW) using the Stunkard and Sørensen figures ($r = .87$), providing sociodemographic information, weight and height were measured. Descriptive and inferential statistics, multivariate regression analysis, mediation model and structural equation model were applied.

Results and conclusions: 782 university students participated, 67.6% women ($n = 529$). The average age was 20.1 years ($SD = 1.9$), the average weight is 64.9 kg ($SD = 13.4$) and the average height is 1.63 m ($SD = 0.09$). The mean BMI was 24.2 kg/m² ($SD = 4.1$). The distribution of OV-OB was 27.7% ($n = 217$) in overweight and 8.6% ($n = 67$) in obesity. According to sex, overweight was 32.4% ($n = 82$) in men and 22.5% ($n = 135$) in women; regarding obesity was 8.7% ($n = 22$) for men and 8.5% ($n = 45$) in women. By sex, there were no differences in experienced and internalized stigma, women obtained higher levels, and significant differences were observed in anticipated stigma ($p < .01$) and stigma awareness ($p < .01$). In adaptive eating behaviors, there were differences in conscious eating ($p < .01$) and in maladaptive eating behaviors, statistically significant differences were observed in cognitive restriction ($p < .01$), emotional eating ($p < .01$), and uncontrolled eating ($p < .01$). When analyzing the correlations between the types of stigmas and eating behaviors, intuitive eating presented a negative correlation with all types of stigmas ($p < .001$) and the rest of the behaviors presented positive correlations with all types of stigmas ($p < .001$). In the mediation models, an indirect effect was observed between experienced stigma and anticipated stigma mediated by stigma awareness $\beta = .114$ 95% CI [.063 .114], between experienced stigma and anticipated stigma mediated by internalized stigma $\beta = .307$ 95% CI [.223 .402] and indirect effect of experienced stigma and anticipated stigma measured by both stigma awareness and internalized stigma was $\beta = .081$ 95% CI [.053 .120]. In the multivariate regression models, intuitive eating was explained by experienced stigma ($\beta = -.129$, $p = .001$), internalized stigma ($\beta = -.120$, $p = .004$),

anticipated stigma ($\beta = -.104, p = .019$) and perception of body weight ($\beta = -.125, p = .001$), conscious eating due to internalized stigma ($\beta = .232, p < .001$), anticipated stigma ($\beta = .171, p < .001$), sex ($\beta = -.139, p < .001$) and age ($\beta = .094, p = .005$), cognitive restriction due to internalized stigma ($\beta = .220, p < .001$), stigma awareness ($\beta = .094, p = .010$), perception of body weight ($\beta = .128, p = .001$), sex ($\beta = .101, p = .003$) and age ($\beta = .005, p = .005$), emotional eating by experienced stigma ($\beta = .103, p = .008$), internalized stigma ($\beta = .181, p < .001$), anticipated stigma ($\beta = .176, p < .000$) and sex ($\beta = .099, p = .003$) and uncontrolled eating due to experienced stigma ($\beta = .094, p = .017$), internalized stigma ($\beta = .142, p = .001$), anticipated stigma ($\beta = .189, p < .001$) and sex ($\beta = -.127, p < .001$). In the structural equation model, the goodness of fit indices were obtained: RMSEA = .05, SRMR = .10 and CFI = .81, a significant effect of EE was observed for intuitive eating ($\beta = .193, p < .000$), EI ($\beta = -.113, p = .020$) and EA ($\beta = -.160, p = .007$), conscious eating: EI ($\beta = -.285, p < .001$), cognitive restriction: EI ($\beta = .285, p < .001$), emotional eating: EE ($\beta = -.139, p = .018$), EI ($\beta = .180, p < .001$) and EA ($\beta = .234, p < .001$) and uncontrolled eating: EI ($\beta = .123, p = .012$) and EA ($\beta = .271, p < .001$). The stigma process model has a mediating effect on the adaptive eating behaviors of emotional eating and mindful eating, as well as on the maladaptive eating behaviors of cognitive restriction, emotional eating, and uncontrolled eating. These findings allow us to better understand the mechanisms that influence people's eating behaviors and contribute to nursing knowledge to take them into consideration when developing interventions for the management of overweight and obesity. The need to continue conducting research on this topic is highlighted to respond to the relationships that have still been little explored between types of weight stigma and adaptive eating behaviors.

Introducción

El sobrepeso y la obesidad se han convertido en un problema de salud mundial, de acuerdo con datos de la OMS (2021) se estima que el 39% de personas con 18 años o más presentan sobrepeso y 13% obesidad en todo el mundo. De acuerdo con datos del Observatorio Global de Obesidad (2021) la prevalencia de sobrepeso y la obesidad en mayores de 20 años en México fue de 35.7% de sobrepeso y 36.7% en obesidad, para mujeres la prevalencia fue 33.9% sobrepeso y 41% obesidad y para los hombres la prevalencia de sobrepeso fue 37.8% y obesidad 31.8% (Kánter, 2021).

De acuerdo con el sexo, las mujeres son las que presentan mayor sobrepeso con un 27% en comparación con los hombres que lo presentan en 21%; en cuanto a la obesidad se presentan de manera similar tanto en hombres como mujeres con el 15.1 y 14.1% respectivamente (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020). En Estados Unidos de América (EUA) se estima que entre el 20-45% de las mujeres y el 6-28% de los hombres han sufrido este tipo de estigma (Pearl, 2018) y se calcula que entre 19-45% de personas con mayor índice de masa corporal (IMC) presentan mayor estigma (Rubino et al., 2020), mientras que en México la discriminación por motivo del peso es del 27.5% en población general (INEGI, 2023).

Dado el incremento de esta problemática se han estudiado algunos determinantes en México tales como: a) costo de los alimentos, b) disponibilidad y accesibilidad a productos ultra procesados, bebidas azucaradas y comida rápida, c) falta de políticas comerciales, fiscales y educativas para revalorizar los alimentos básicos, d) bajo aporte nutricional de los alimentos ultra procesados, e) falta de actividad física y sedentarismo por actividades laborales o escolares (Colchero et al., 2018; Instituto Nacional de Salud Pública, 2020; Kánter, 2021).

Además se han desarrollado diversas estrategias y campañas de atención a la salud para enfrentar el problema, sin embargo varias de ellas se han centrado en los aspectos económicos como la modificación en el etiquetado de alimentos y bebidas industrializadas en 2019, así como el incremento del impuesto a bebidas azucaradas y la regulación de venta de alimentos en los entornos escolares, así como regular la publicidad de alimentos y bebidas de alto contenido calórico (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020).

Algunas estrategias empleadas se han enfocado en promover la alimentación saludable e incrementar la actividad física, sin embargo, han resultado poco eficaces dado que el problema no ha disminuido, por el contrario, continua en aumento (Colchero et al., 2018). Por lo que es necesario replantear los determinantes sociales, familiares y personales que generan las complejas interacciones que favorecen el desarrollo de ambientes obesogénicos.

Estos ambientes pueden incidir en etapas tempranas de la vida, tales como: las condiciones dietéticas o alimentarias, insuficiente actividad física, estatus socioeconómico, factores socioculturales y cómo impactan el desarrollo del sobrepeso y obesidad (Aceves-Martins et al., 2016)

Siendo los factores socioculturales de gran importancia en la etapa de transición entre la adolescencia y adulto joven, ya que durante este proceso de cambio se realizan ajustes de comportamiento y actitudinales dónde se pueden adquirir hábitos alimenticios desfavorables, también es en este período dónde la presión social y la comparación entre pares o estándares culturales impactan en la persona mediante el mecanismo de estigma del peso generando falta de voluntad e incapacidad para seguir recomendaciones alimenticias (Carvalho & Ferreira, 2020; McCabe et al., 2010; Puhl & Brownell, 2001).

Por este motivo resulta relevante identificar los elementos que pueden influir en la adquisición y modificación de conductas de alimentación que puedan mejorar la situación de salud y el peso corporal para disminuir o prevenir el sobrepeso y obesidad.

Particularmente, el estudio del estigma del peso se ha enfocado en determinar su influencia en la atención que proporcionan los proveedores de salud (Chew et al., 2020; Elboim-Gabyzon et al., 2020; Jones & Forhan, 2019; Major et al., 2018; Palad et al., 2019; Puhl & Lessard, 2020; Rubino et al., 2020; Stangl et al., 2019) a pacientes con exceso de peso (Bidstrup et al., 2022; Durso & Latner, 2008; Major et al., 2018; Puhl & Suh, 2015, 2015; Stangl et al., 2019; Vartanian & Porter, 2016), así como en los efectos emocionales que puede generar, como estrés, ansiedad y depresión o el impacto que tiene en conductas alimenticias patológicas (Bidstrup et al., 2022; Cheng et al., 2018; Chew et al., 2020; Farhangi et al., 2017; Lee et al., 2021; Major et al., 2018; Nature Reviews, 2020; O'Brien et al., 2016; Pearl, 2018; Phelan et al., 2008; R. M. Puhl et al.,

2020; R. M. Puhl & Lessard, 2020; R. Puhl & Suh, 2015^a, 2015b; Rubino et al., 2020; Setchell et al., 2017; Simone et al., 2019; Stangl et al., 2019; Tomiyama et al., 2018).

La mayoría de estos estudios no enmarcan los factores necesarios para poder explicar el sobrepeso y obesidad desde una perspectiva de identidad social que sea capaz de explicar el proceso del estigma del peso y los mecanismos que emplea la persona para desarrollar conductas que le permitan afrontar el problema.

Por lo que se consideró plantear el presente proyecto fundamentado en la teoría de identidad social con el objetivo general de: evaluar el efecto del modelo del proceso del estigma del peso (estigma experimentado, internalizado y anticipado) y la consciencia del estigma sobre las conductas de alimentación adaptativas (alimentación consciente y comer intuitivo) y mal adaptativas (comer emocional, restricción cognitiva, comer sin control).

Marco teórico

Teoría de la identidad social

La Teoría de la Identidad Social inicialmente desarrollada por Henri Tajfel durante la década de los 70's, tiene como principio central que el auto concepto de una persona es derivado de la conciencia que tiene sobre su pertenencia a un grupo determinando Modelo del Estigma del Peso (Islam, 2014; Lange et al., 2012).

La teoría rescata tres principios centrales, el primero es el proceso psicológico, los seres humanos tienden a pensar en los individuos en términos de categorías que se comparten entre sí, con lo cual, al pensar en términos de grupos, se considera que todas aquellas que pertenecen al mismo grupo comparten características en común entre ellos, por consecuente se establece el proceso opuesto en el que las características que no se comparten se consideran como diferencias, por lo que se asigna a esa persona como perteneciente a otro grupo, adicionalmente se da una comparación social en la cual todas las características de pertenencia son interpretadas y valoradas mediante la comparación con otros grupos (Lange et al., 2012; Tajfel & Turner, 2004).

Una vez que se realiza la categorización se presenta la identificación social, con la cual se establece que dentro de los atributos valorados, la persona es capaz de identificar sus propias características que lo definen y por consiguiente lo hacen formar parte de ese grupo (Boen & Vanbeselaere, 2000; Lange et al., 2012; Tajfel & Turner,

2004), además Tajfel y Turner señalan que esta autoidentificación no es sólo cognitiva sino emocional, ya que la persona que se identifica como perteneciente a un grupo será motivada a mantener, proteger o mejorar la valía del grupo y sus miembros.

El segundo aspecto corresponde a las estrategias de manejo de identidad, la teoría de la identidad social al definir la posición de una persona con respecto a la de otros, contiene una dinámica de motivación para enfatizar y asegurar maneras de distinguirse positivamente de otros grupos, por ejemplo, en grupos socialmente respetados o privilegiados, sus miembros se sienten intrínsecamente motivados a mantener e incrementar su identidad social positiva.

Para lograrlo los miembros de un grupo emplean diferentes mecanismos, uno de ellos la movilidad individual; se considera una estrategia de movilidad individual en la que la persona trata de escapar, evitar o negar su pertenencia a un grupo que es considerado como devaluado para poder pertenecer o “movilizarse” a otro grupo con mejor reconocimiento social (Boen & Vanbeselaere, 2000; Lange et al., 2012).

Otro mecanismo es la creatividad social, en este la persona busca redefinir las comparaciones del grupo al que pertenece de tal manera que aquellas características negativas sean menores que las positivas, para ello se enfocará en otras dimensiones de comparación del grupo cambiando las características negativas por aquellas más favorables; incluyendo otros grupos en la comparación, para ejemplificar una mejoría en su estatus y por último cambiando el significado de pertenencia a un grupo de bajo reconocimiento por atributos positivos que reflejen esa pertenencia con aspectos positivos o más deseables dentro de la sociedad (Lange et al., 2012).

El último mecanismo es la competencia social, la se refiere a la estrategia que emplean la personas mediante un “conflicto” designado para cambiar el estatus quo, se caracteriza principalmente por buscar el reconocimiento del grupo en su conjunto a diferencia de los mecanismos anteriores dónde la movilidad se centra en lo individual en vez del grupo y la creatividad social en lo material u objetivo mientras que la competencia social se enfoca en la reinterpretación cognitiva (Lange et al., 2012).

Para que estos mecanismos puedan llevarse a cabo, existen ciertas características socio estructurales. La teoría de la identidad social propone que la manera en que las

personas responden a las circunstancias presentes al interior del grupo de pertenencia está dada por las características percibidas en la estructura social prevaleciente.

La primera socio estructura presente es la estabilidad del estatus, la cual implica que existe la idea de que ciertas diferencias entre los grupos pueden ser fluidas o ser susceptibles de cambio, mientras que otras diferencias son mucho más estables o perdurables a través del tiempo. Cuando la jerarquía se considera como estable, los miembros del grupo adoptan la creatividad social para mantener un concepto positivo del grupo, por otra parte, si la percepción es de inestabilidad entonces adoptan la competencia social (Boen & Vanbeselaere, 2000).

La segunda socio estructura es la legitimidad, la cual se refiere al estado actual de las convicciones e ideas, que determinan las motivaciones para el cambio positivo que en conjunto con las otras dos estructuras (estabilidad del estatus y permeabilidad) generan la percepción de oportunidad para el cambio de estereotipos negativos hacia aspectos positivos que reflejan la identidad de un individuo dentro del grupo (Lange et al., 2012). Adicionalmente la legitimidad indica la extensión de la disparidad que existe entre los grupos y que puede ser percibida como justa o injusta (Bernardo et al., 2021).

La tercera socio estructura es la permeabilidad de los límites del grupo, la percepción de esta estructura se asocia con los niveles de identificación del grupo, ya que los miembros de grupos con bajos estatus consideran que sus relaciones con otros grupos son inestables y los límites son menos permeables, se enfocan mucho más en aspectos positivos de su grupo, por lo que se inclinan a apoyar a otros miembros al interior del grupo y lo hacen como una estrategia para fortalecer su estatus (Armenta et al., 2017).

Las personas realizan actividades colectivas como la competencia social (Bernardo et al., 2021), mientras que aquellos individuos que perciben mayor permeabilidad en los límites del grupo ven como mayor posibilidad buscar la movilidad individual (Boen & Vanbeselaere, 2000; Lange et al., 2012)

Estigma

Como se ha abordado en el tema anterior, las categorizaciones son parte sustancial de las personas en un intento de organizar las circunstancias que viven día a día incluyendo su salud entre otros ámbitos sociales. Dentro de los diferentes grupos

sociales existen personas vulnerables desfavorecidas por diversas situaciones como el sexo, nivel socioeconómico, nivel educativo, raza, lugar de procedencia entre otros; circunstancias por las que son estigmatizados a nivel personal, interpersonal e institucional.

El estudio de estigma tiene su origen en disciplinas como la sociología, la psicología y las ciencias políticas, uno de los primeros autores en conceptualizarlo es Goffman (1963). Para este autor, estigma es aquel atributo o marca que desacredita a un individuo reduciéndolo o restándole valor, además el estigma, es algo que es socialmente asignado, por lo que se considera una construcción social (Major et al., 2018; Weinstein, 1965).

La transición entre la sociología y psicología en la naturaleza de la conceptualización del estigma se encuentra estrechamente vinculada y matizada con las relaciones interpersonales donde ese atributo o marca se ven reflejados en contextos sociales específicos, como las enfermedades mentales, crónicas, terminales o el sobrepeso u obesidad, donde convergen en la identidad social de la persona que es estigmatizada y devaluada como consecuencia de desviarse de lo que la sociedad considera como “normal” (Major et al., 2018; Major & O’Brien, 2005).

Adicionalmente, el estigma también se encuentra relacionado con los estereotipos, que son las creencias sobre aquellas características y atributos de un grupo y sus miembros, estas características moldean lo que la gente piensa y responde ante un grupo. El prejuicio es otro término relacionado al estigma, el cual se considera como aquellas actitudes que comparten los miembros de un grupo con respecto de otros que no forman parte de este (Bahns, 2017; Decarvalho, 1993; Major et al., 2018; Phelan et al., 2008; Stuber et al., 2008).

Como ya se mencionó, Goffman (1963) fue de los primeros en realizar conceptualizaciones sobre el estigma, él propone tres categorías por las cuales se puede asignar la marca del estigma, las cuales se presentan cuando existen *deformaciones corporales*, estas son características físicas plenamente observables que pueden devaluar la identidad de la persona por ejemplo amputaciones o quemaduras faciales; la segunda categoría son las *debilidades de carácter*, lo cual implica una falta de fuerza de voluntad y se presenta en el alcoholismo o el consumo de drogas; por último está *el tribal* que está

asociado al origen del individuo como en la raza o nacionalidad (Clair, 2018; Miric et al., 2017).

Otra categorización del estigma fue realizada posteriormente por Jones et al. (1984), que señala seis diferentes tipos de categorías, la primera es que tan *ocultable* es la marca; la segunda es *el curso*, se refiere al patrón de cambio en el tiempo que va presentando la marca; *lo disruptivo* de la marca, implica que tanto se bloquea o favorece la interacción; las *cualidades estéticas*, se enfocan en lo molesto, feo o incómodo que vuelve visualmente a la persona que posee la marca; *el origen* se centra en las circunstancias que dieron origen a la marca de la persona; *lo peligroso* de la marca, se refiere al riesgo que puede conllevar para la persona que posee la marca (Major et al., 2018).

A su vez Dovidio et al. (2000) plantea tres dimensiones fundamentales para entender el estigma, la primera es la *perspectiva del perceptor-objetivo*, el perceptor es aquella persona que ejerce la estigmatización y que a su vez se auto percibe como “normal” o sin la marca; en contra parte se encuentra la *persona objetivo*, quien es la persona que receptora de la estigmatización.

La segunda dimensión es la *identidad personal-social*, refiere que cuando la identidad personal es saliente, la persona requiere creencias y estándares que motivan su comportamiento, mientras que, si la identidad social es la saliente, la persona se considera a sí misma como una parte intercambiable de una categoría social, lo anterior implica que el estigma es tanto un proceso intergrupar como interpersonal (Dovidio et al., 2000).

La tercera dimensión es la *afectiva-cognitiva-conductual*, la cual implica la respuesta de la persona según el origen del estigma, ya sea afectiva que se da más rápida y emocional o cognitiva que suelen ser respuestas más lentas y razonadas (Dovidio et al., 2000; Major et al., 2018)

El estigma tiene tres características fundamentales, la primera es la *ocultación (concealment)* de la marca, ciertas características son más visibles o difíciles que ocultar ante los otros. El grado que tiene la marca de poder ser ocultado modifica la perspectiva de la persona estigmatizada, ya que entre más visible sea se incrementa la posibilidad de

ser susceptible a ser víctima de discriminación y estigmatización (Dovidio et al., 2000; Goffman, 1968).

La ocultación de la marca tiene implicaciones directas para la salud, ya que aquellas personas que no pueden ocultarlo tienden a experimentar con mayor frecuencia discriminación o un trato diferenciado como consecuencia del estigma y por consiguiente presentan mayor estrés (Major et al., 2018).

La siguiente dimensión es la controlabilidad (*controllability*), esta implica el grado de control que tiene la persona sobre la causa de origen de la marca. Aquellas condiciones estigmatizantes consideradas como controlables, ya sea por la propia persona o por otros (la obesidad o las adicciones), generan menos simpatía y comprensión por parte de las personas, a diferencia de condiciones dónde la causa es debido al azar o que no dependen de ninguna manera de la persona que la padece (enfermedades genéticas o ciertos tipos de cáncer como la leucemia), las cuales generan mayor empatía (Goffman, 1968; Major et al., 2018).

La controlabilidad impacta en el grado que las personas son estigmatizadas, ya que aquellos en los cuales se considera que la marca es controlable, sufren mayor estigmatización, discriminación y son juzgados con mayor dureza por parte de la sociedad (Crandall, 1994), como es el caso del sobrepeso y la obesidad, en esta condición, socialmente se le atribuye total responsabilidad a la persona que la padece, (Elboim-Gabyzon et al., 2020; Pearl, 2018; Stangl et al., 2019).

Culpar de su condición de salud a la persona, basado en características estigmatizantes y estereotipos puede impactar en la salud ya que, por ejemplo, existe evidencia que señala que los trabajadores de la salud están menos dispuestos a proporcionar ayuda o brindar el mismo nivel de atención ya que se culpa y se responsabiliza a la persona de poseer la marca (Goffman, 1968; Major et al., 2018).

Por último, se encuentra *la colectividad*, la cual está directamente relacionada con la teoría de identidad social, en ella se plantea que la identidad personal-social es en la cual la percepción de necesidades, metas y conductas hacia ciertas condiciones o circunstancias, varía en cada persona y reaccionará de manera diferente si la identidad social es la saliente, y prevalece sobre la identidad personal (Dovidio et al., 2000; Major et al., 2017).

Las implicaciones de esta dimensión se presentan generando una mayor identidad social, como por ejemplo las personas sordas, han desarrollado una comunidad que se organiza no solo socialmente, si no política y culturalmente, ya que estas marcas de estigma generan una respuesta mucho más asociada a la colectividad (Major et al., 2017; Major & O'Brien, 2005).

Proceso del estigma

Como ya se ha explicado, de acuerdo con Goffman (1963) el estigma es la marca asignada a una persona, que es socialmente compartida y le genera una devaluación dentro del grupo social al cual pertenece. Esto genera el antecedente del proceso del estigma el cual se componen de tres mecanismos estrechamente relacionados a nivel interpersonal, intrapersonal y estructural.

El primer mecanismo es el estigma promulgado o experimentado, este puede presentarse tanto a nivel interpersonal como estructural. A nivel interpersonal el estigma experimentado implica la percepción o sentimiento por un trato injusto, acciones, exclusión o discriminación hacia un grupo estigmatizado a consecuencia de una inclinación o sesgo negativo en los sentimientos y evaluaciones que se tiene hacia ellos (Castro et al., 2019; Major et al., 2018).

Por otra parte, a nivel estructural se presenta de manera generalizada en la sociedad, dónde están presentes normas sociales, políticas institucionales y condiciones sociales que restringen, minan y demeritan el bienestar, oportunidades y recursos que pueden disponer los grupos estigmatizados entre ellos la salud (Hatzenbuehler et al., 2013; Major et al., 2018).

Particularmente los medios de comunicación juegan un papel fundamental en este tipo de estigma ya que a través de ellos se divulgan y fomentan los estereotipos negativos de un grupo estigmatizado (Clark et al., 2021; Johnstone & Grant, 2019; Major et al., 2017; Parikh et al., 2021).

El segundo mecanismo es el estigma internalizado, este ocurre a un nivel intrapersonal y se presenta cuando la persona se apropia, asimila y adopta consciente o inconscientemente aquellas creencias, sentimientos negativos, etiquetas y estereotipos asociados con la marca de su estatus estigmatizado (Bidstrup et al., 2022; Durso & Latner, 2008; Major et al., 2018; Parikh et al., 2021; Puhl et al., 2021).

Este tipo de estigma tiene repercusiones directas en la salud de la persona ya que puede generar situaciones de estrés, tristeza (Hatzenbuehler et al., 2013; Link & Phelan, 2003; Phelan et al., 2021), comportamientos negativos o aislamiento social (Hatzenbuehler et al., 2013; Parikh et al., 2021) para tratar de evitar exponerse a situaciones dónde sistemáticamente ha experimentado situaciones estigmatizantes en sus relaciones interpersonales y sociales (estructurales) (Hatzenbuehler et al., 2013; Major et al., 2018)

El tercer mecanismo es el estigma anticipado, este se refiere a la expectativa de encontrar discriminación o sesgo en el trato, actitudes o situaciones negativas, en cualquier lugar, situación o contexto debido a que lo ha observado o vivido previamente; o a través de la situación intrapersonal cuando una persona ya ha interiorizado o internalizado el estigma (Major et al., 2017).

Esto resalta actitudes vigilantes en la persona ya que la presencia del estigma anticipado genera que las personas estigmatizadas sean mucho más vigilantes ante situaciones estigmatizantes e incluso crean o perciban que cualquier situación es motivada por el estigma hacia ellos o antes de que este siquiera ocurra (Major et al., 2017; Major & O'Brien, 2005).

Estas situaciones pueden generar o llevar a la persona a evitar relaciones sociales, no aplicar a trabajos, desaprovechar oportunidades de ascensos o promociones laborales o de salud lo cual favorece el detrimento de las condiciones de vida, bienestar y salud de la persona que ya es socialmente excluida o discriminada y estigmatizada (Castro et al., 2019; Hatzenbuehler et al., 2013; Major et al., 2018; Scheim & Bauer, 2019).

Estigma del peso

El área de la salud no se encuentra exenta de presentar estigmatización, tradicionalmente se han estudiado situaciones de estigmatizantes en enfermedades mentales, infectocontagiosas y un poco más recientemente en el sobrepeso y obesidad (Dovidio et al., 2017; Major et al., 2017; Tomiyama et al., 2018), sin embargo, existen múltiples enfermedades que son causa de estigmatización como las enfermedades terminales, las enfermedades crónicas y degenerativas (Chew et al., 2020; Dovidio et al., 2017; Haqq et al., 2021; Major & O'Brien, 2005; Parikh et al., 2021; Phelan et al., 2008; Stangl et al., 2019; Stuber et al., 2008).

El estigma a consecuencia de alguna patología contribuye a remarcar las diferencias existentes en la salud entre los diferentes grupos sociales, lo cuales ya se encuentran afectadas en diferentes niveles de acuerdo a los determinantes sociales como son: el sexo, nivel académico o socioeconómico, lo cual puede impedir que ciertas personas puedan acceder a mejores trabajos o un mejor un ingreso económico consiguientemente se ve afectado de manera directa el poder acceder a mejores condiciones de salud (Dovidio et al., 2017).

Particularmente, el estigma del peso representa un problema considerable en el contexto social y de la salud para las personas que son estigmatizadas a consecuencia de su peso corporal. La estigmatización del peso se presenta transversalmente en distintos contextos sociales como los espacios laborales, atención de la salud (Jones & Forhan, 2019; Puhl et al., 2021; Puhl & Lessard, 2020; Tomiyama et al., 2018), la escuela (Puhl & Suh, 2015), los medios de comunicación (Clark et al., 2021; Johnstone & Grant, 2019) y la familia (Lee et al., 2021; Palad et al., 2019; Pearl, 2018; Rubino et al., 2020).

La interacción entre las relaciones interpersonales y los momentos del proceso del estigma tienen múltiples implicaciones dependiendo dónde se presenta la situación estigmatizante. Pueden generar o contribuir en alguno de los tipos de estigmas dentro del proceso: el primero se puede presentar en el estigma experimentado, que es definido como los estereotipos, prejuicios y discriminación perpetrada hacia una persona miembro de un grupo estigmatizado a través de mecanismos estructurales o interpersonales (Major et al., 2017).

El segundo corresponde al estigma internalizado que implica la apropiación y aceptación para sí mismo de las etiquetas o estereotipos, los sentimientos y creencias asociados a la devaluación del grupo estigmatizado por parte de la sociedad y el estigma anticipado, el cual es la consecuencia de los dos anteriores, en el cual la persona refleja las expectativas de recibir un trato perjudicioso en su contra que puede ser activado por la conducta o el contexto en el que se encuentra (Dovidio et al., 2017; Major et al., 2017, 2018).

Por si sólo el estigma ya implica un problema social y de salud, ya que potencialmente puede afectar a todas las personas con sobrepeso y obesidad; que en México su prevalencia se ha incrementado a más del doble en los últimos 30 años

(Fisher, 2020; Instituto Nacional de Salud Pública, 2020), observándose tanto en hombres como en mujeres y en todos los grupos de la población mexicana (Shamah-Levy et al., 2020).

Este incremento del SP-OB ha generado una creciente estigmatización de la población que lo padece, lo cual promueve ideas erróneas respecto al sobrepeso y obesidad (Haqq et al., 2021). Se estima que cerca del 30% de personas mayores de 12 años han sido estigmatizados a consecuencia de su peso corporal, los cuales son etiquetados, generalmente, como personas flojas, con poca fuerza de voluntad, sin motivación o disposición para modificar su situación de salud (Dovidio et al., 2017; Pearl, 2018; Pearl et al., 2018; Pearl & Puhl, 2014; Puhl et al., 2020; Puhl & Brownell, 2001; Puhl & Himmelstein, 2018; Puhl & Lessard, 2020; Puhl & Suh, 2015; Rubino et al., 2020).

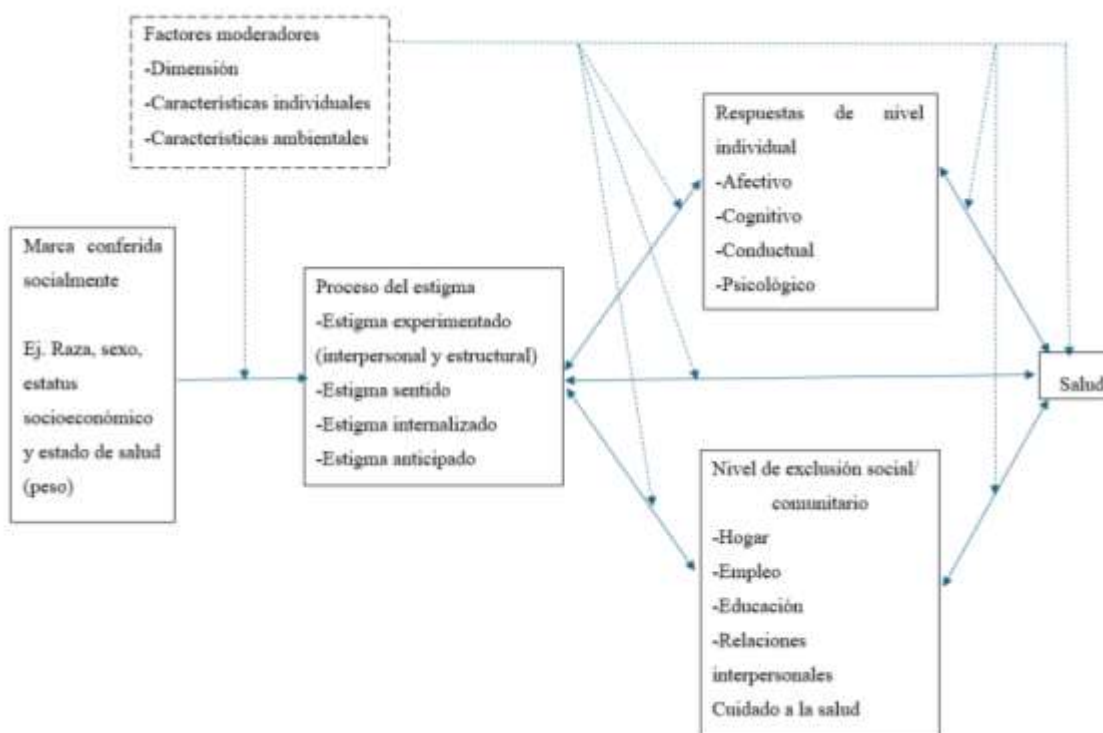
Lo anterior ejemplifica el hecho que se les culpe sobre su condición de salud, partiendo del principio de controlabilidad, señalado en el apartado de estigma; a su vez esto puede generar circunstancias negativas a nivel emocional, psicológico y físico contraproducentes para lograr objetivos de disminución de peso (Obara et al., 2018; Rubino et al., 2020; Taroza & Pessa, 2020).

Las repercusiones negativas, se integran en el modelo conceptual del proceso del estigma en la salud (Major et al., 2017), el cual inicia con la marca conferida (peso), el cual tiene relación directa con el proceso del estigma (experimentado, internalizado y anticipado), esta relación se encuentra moderada por los factores: dimensiones de la marca, las características individuales y las características del ambiente (Major et al., 2017).

El proceso del estigma tiene relación bidireccional con las respuestas a nivel individual (afectivo, cognitivo, conductual y psicológico) y con el nivel de exclusión social (hogar, trabajo, educación, relaciones interpersonales y cuidado a la salud), ambos componentes (social e individual) se relacionan entre sí y con la salida del modelo que es la salud (Major et al., 2017, 2020) (Figura 1).

Figura 1

Modelo conceptual del proceso del estigma en la salud



Clarificación conceptual por el método de Norris

Actualmente se ha despertado un creciente interés en las disciplinas del área de la salud para abordar el estigma del peso y sus implicaciones en la salud de las personas, (Cheng et al., 2018; Durso & Latner, 2008; Fulton & Srinivasan, 2021; Haqq et al., 2021; Major et al., 2018; Pearl, 2018; Puhl & Suh, 2015, 2015; Stangl et al., 2019; World Obesity, 2021) sus conductas de alimentación (M. Cheng et al., 2018; O. Cheng et al., 2019; K. M. Lee et al., 2021; O'Brien et al., 2016; Puhl & Himmelstein, 2018; Reinka et al., 2021; Simone et al., 2019; Vartanian & Porter, 2016^a) y afectaciones emocionales (Bidstrup et al., 2022; Chew et al., 2020; Clark et al., 2021; Rubino et al., 2020; Tomiyama et al., 2018).

En los diversos estudios que han abordado el estigma del peso se puede apreciar que existe una trasposición conceptual entre la utilización de conceptos para referirse a la misma problemática, el primero de ellos es el estigma del peso (*weight stigma*) (Bidstrup et al., 2022; Breithaupt et al., 2020; Ciciurkaite & Perry, 2018; Clark et al., 2021; Elboim-Gabyzon et al., 2020; Fulton & Srinivasan, 2021; Haqq et al., 2021; Johnstone & Grant, 2019; Lee et al., 2021; O'Brien et al., 2016; Ortiz & Gómez-Pérez, 2019; Palad et al., 2019; Phelan et al., 2021; Puhl et al., 2020, 2021; Puhl & Lessard, 2020; Puhl & Suh, 2015; Rubino et al., 2020; Setchell et al., 2017; Simone et al., 2019; Tomiyama et al., 2018; Vartanian, 2015; World Obesity, 2021), estigma del sobrepeso/obesidad (*overweight stigma/obesity stigma*) (Stangl et al., 2019), auto estigma del peso (*weight self-stigma*), auto estigma basado en el peso (*weight-based self-stigma*) (Lillis et al., 2010; Puhl & Suh, 2015), estigma basado en el peso (*weight-based stigma*) (Farhangi et al., 2017; Palad et al., 2019; Rubino et al., 2020), estigma de la gordura (*fat stigma*) (Farhangi et al., 2017), además de estas variaciones conceptuales, como lo señala Clark et al. (2021) y Bissell y Parrot (2013) también se han empleado como sinónimos otros conceptos como el prejuicio del peso (*weight prejudice*) (Brochu et al., 2011; Obara et al., 2018), la discriminación por peso (*weight discrimination*) (Cheng et al., 2018) y por último el sesgo del peso (*weight bias*) (Cheng et al., 2018; Durso & Latner, 2008; Jones & Forhan, 2019; Obara et al., 2018; Pearl, 2018; Puhl & Suh, 2015).

Claramente existe variación conceptual que implica distintos matices sobre las relaciones y proposiciones implicadas en cada concepto y propiamente su definición operacional, por lo que es necesario establecer los antecedentes de los componentes principales identificados (estigma, discriminación, prejuicio y sesgo), y definir sus atributos para operacionalizar su uso en la disciplina de enfermería con una mayor clarificación del concepto de estudio.

De acuerdo con lo anterior, mediante la técnica de clarificación de concepto por el método de Norris (Rodgers & Knafl, 2000), el cual tiene como finalidad principal identificar y clarificar los diversos componentes del concepto de estudio, para que el producto derivado resultante sea integrado en la pregunta de investigación susceptible de ser comprobada y operacionalizada de manera empírica, para el presente trabajo se

aplicó esta metodología al concepto de estigma del peso y sus derivaciones como auto estigma, auto estigma baso en el peso, estigma del sobrepeso/obesidad, estigma de la gordura, prejuicio del peso, discriminación por peso y el sesgo del peso. Norris resalta los siguientes pasos para realizar esta estrategia:

1. Describir el fenómeno desde la perspectiva de otras disciplinas
2. Sistematizar las observaciones y descripciones
3. Establecer definición operacional del concepto de estudio
4. Producir un modelo del concepto integrando sus componentes

Descripción del fenómeno desde la perspectiva de otras disciplinas

En este apartado se aborda el estigma del peso desde las fuentes primarias de tres conceptos identificados relacionados entre sí, los cuales son: el estigma, el prejuicio y el sesgo. Siendo los ámbitos disciplinares donde han sido desarrollados estos conceptos son la sociología donde Goffman desarrolló múltiples trabajos sobre el estigma, en la psicología, Allport, es uno de los precursores en estudios sobre el prejuicio y en la psicología social Fiske ha realizado trabajos sobre los distintos tipos de sesgos y su relación con el prejuicio, la discriminación y los estereotipos.

Para Goffman existen tres circunstancias en las que se presenta el estigma, las cuales son: las deformaciones corporales, por debilidades de carácter y el tribal que se enfoca en la raza o nacionalidad (Clair, 2018; Dovidio et al., 2000; Major et al., 2017; Miric et al., 2017).

Posteriormente, se comenzaron a analizar aspectos del estigma en la psicología y la psicología social, dónde se han desarrollado múltiples estudios que aportan evidencia teórica y empírica sobre nuevas atribuciones al concepto del estigma, relacionándolo con la discriminación y con el prejuicio (Miric et al., 2017), lo cual no sólo extendió sus elementos definitorios y características, también favoreció la ambigüedad conceptual y como lo señala Phelan et al. (2008) varios autores han definido de maneras muy similares el estigma con el prejuicio y el sesgo.

Al referirse al estigma múltiples autores lo definen como la marca que descalifica a una persona minimizándola dentro de un grupo social (Dovidio et al., 2000; Goffman, 1968; Major et al., 2017; Stuber et al., 2008; Weinstein, 1965), empleando a la

definición original de Goffman, otros autores lo asocian con un acto de etiquetación, estereotipos y discriminación dentro de un contexto social (Link & Phelan, 2003).

Otros lo señalan como una situación en la que un individuo es descalificado de la aceptación social (Phelan et al., 2008) pero a su vez cada uno se destaca por poseer elementos conceptuales particulares como la marca y la discriminación; mientras que conservan como elementos en común el contexto social, donde convergen en la teoría de identidad social, en la cual un grupo de personas se identifican como parte del grupo a partir de características en común y aquellos con características distintas no forman parte (Lange et al., 2012; Tajfel & Turner, 2004).

A su vez el prejuicio, originalmente atribuido a Allport (1954), está definido como la actitud de antipatía que puede ser sentida o expresada sobre un grupo o un miembro de ese grupo basado en una falta o en una idea generalizada sobre esa falta (Decarvalho, 1993); posteriormente el prejuicio se comenzó a entrelazar entre las características atribuidas al estigma, particularmente en el atributo de las características sociales, dadas por la circunstancia de identidad social, ya que es conceptualizado como la antipatía basada en una generalización inflexible, que puede ser sentido o expresada y es dirigida hacia un grupo o a uno de sus miembros (Phelan et al., 2008).

Por otra parte, Crawford y Brandt distinguen dos componentes primordiales del prejuicio: la evaluación negativa de una persona o grupo a partir de su pertenencia a ese grupo (Brochu et al., 2011; Phelan et al., 2008) elemento compartido con estigma y nuevamente tiene como punto de convergencia la identidad social; la segunda característica son las actitudes sobre grupos vulnerables o minorías por cuestión de raza, desventaja social o bajo estatus (Crawford & Brandt, 2019).

Por otra parte, algunos investigadores identifican como el origen del prejuicio en los estereotipos que se encuentran en el grupo dominante o mayoritario sobre aquellas minorías perjudicadas (Cox et al., 2012; Phelan et al., 2008). Estos estereotipos se caracterizan por la simplificación de una persona a sus características negativas, que generan actitudes discriminatorias concretas (Phelan et al., 2008), nuevamente coincidiendo con elementos atribuidos al estigma.

Además, es necesario considerar que los estereotipos son socialmente compartidos, se basan en una característica prominente del grupo perjudicado y tienden a

llevar a la persona que estigmatiza hacia una inclinación sesgada de información, emociones y comportamientos (Cox et al., 2012; Everett et al., 2019).

Adicionalmente a lo planteado, otra propuesta señala que el prejuicio esta influenciado y al mismo tiempo genera, como consecuencia, una percepción de amenaza, la cual está motivada y justificada en la mente de la persona que posee el prejuicio, principalmente por estereotipos, valores y creencias (Bahns, 2017; Everett et al., 2019).

Estos atributos difieren del estigma que no se emplea la característica de percepción de amenaza, si no la descalificación de un individuo o un grupo y del prejuicio como aquellas actitudes negativas generalizadas hacia un grupo o miembro de este. Subsecuentemente, el estudio del estigma ha incorporado al concepto características o atributos tales como las relaciones centradas en mantenimiento del poder (Link & Phelan, 2003), el deseo de orden e identidad social (Phelan et al., 2008; Tajfel & Turner, 2004) y la asignación de estereotipos (Phelan et al., 2008).

Por su parte, el sesgo, concepto que es empleado recurrentemente al hablar del estigma en la literatura anglosajona, el cual tiene múltiples significados dependiendo del contexto puede interpretarse como: desviación o parcialidad de opinión o pensamiento, inclinación o prejuicio sobre una opinión; además que en ciertas áreas de investigación se ha empleado el termino sesgo de manera intercambiable con el de estigma y prejuicio (Bissell & Parrott, 2013).

El sesgo posee atributos definitorios particulares distintos a los dos conceptos previamente mencionados, para Bissell y Parrot (2013) el prejuicio implica, en la mayoría de las veces, actitudes con una connotación negativa, mientras que el sesgo puede tener acepciones tanto positivas como negativas. En ambos casos, el sesgo y el prejuicio llevan a la discriminación, a su vez, esta es consecuencia de la afiliación de individuo a un grupo, así mismo la discriminación es un componente del estigma que se presenta cuando una persona es etiquetada, estereotipada y discriminada en un contexto de relaciones de poder.

Fiske (2021) distingue entre tres características primordiales del sesgo: en primer lugar, el cognitivo, en segundo el emocional y en tercero el conductual. Señala que el ser humano de manera natural tiene una tendencia a generar etiquetas para categorizar lo

que conoce del mundo que lo rodea y trata de aplicar el mismo principio a las personas y los grupos sociales.

Sin embargo, establecer categorías en los seres humanos resulta mucho más difícil, dada la complejidad de una persona. A su vez estas características son compartidas con el estigma ya que también implica la etiquetación (Clair, 2018; Dovidio et al., 2000; Link & Phelan, 2003), y así mismo la clasificación de personas o grupos (Dovidio et al., 2000; Goffman, 1968; Major et al., 2017; Miric et al., 2017; Phelan et al., 2008; Weinstein, 1965) está presente en los tres conceptos y se entrelazan mediante la teoría de la identidad social.

Otro aspecto que destacar del sesgo es que Fiske (2021) menciona que se divide en tres componentes, el primero son los estereotipos, dónde surge el primer elemento que va a influenciar la manera en que las personas generan categorías, los cuales son pensamientos sobre otra persona o grupo, con la idea de que esa categoría o etiqueta describe apropiadamente a una persona, a este constructo lo define como sesgo cognitivo.

El segundo elemento es el prejuicio, este se entiende como un sesgo de naturaleza emocional contra una persona, que está basado en la pertenencia a un grupo, por último, el tercer elemento es la discriminación, la cual es un sesgo conductual contra una persona o grupo, basado en creencias estereotipadas (Fiske, 2021).

Como puede apreciarse, desde la perspectiva de Fiske, el sesgo cognitivo corresponde a características comunes con el estigma, el sesgo emocional directamente lo asocia con el prejuicio y el sesgo conductual lo atribuye a estereotipos y discriminación, aspectos en común con el estigma y el prejuicio que fueron presentados previamente.

Una vez que se han presentado los elementos comunes y diferenciales entre los conceptos de estigma, prejuicio y sesgo, es necesario realizar la distinción de cuales de estos elementos son utilizados en la operacionalización empírica del estigma del peso para el cual se realizó el segundo paso de la clarificación conceptual explicado a continuación.

Sistematización de observaciones y descripciones

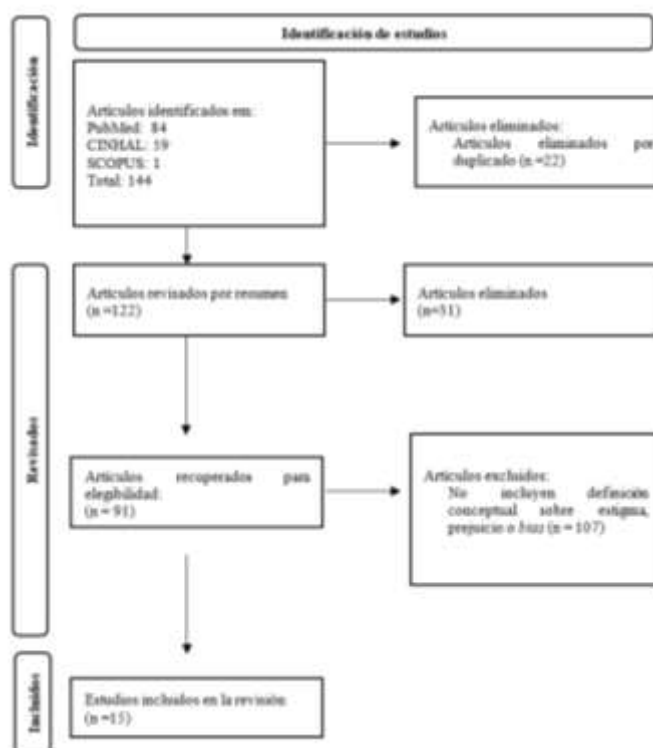
Para mantener la sistematización de la recolección de información, dentro de la estrategia de clarificación de concepto, se realizó la búsqueda de artículos empleando los términos Mesh “*social stigma*” [MeSH Terms], “*prejudice*” [MeSH Terms], “*bias*” [MeSH Terms], “*overweight*” [MeSH Terms], “*obesity*” [MeSH Terms], quedando como algoritmo de búsqueda: (*stigma OR prejudice OR bias*) AND (*weight OR overweight OR obesity*).

Se realizó la búsqueda en 3 bases de datos (PubMed, CINAHL y Scopus), el único filtro establecido fue para artículos a texto completo, sin límite de año de publicación, debido a que se consideró necesario obtener las fuentes primarias de cada uno de los conceptos revisados. Se obtuvieron un total de 144 artículos, de los cuales 84 fueron obtenidos en PubMed, 59 en CINAHL by EBSCO y 1 en Scopus.

De los cuales se eliminaron 22 por estar duplicados, en la revisión temática de los resúmenes, se eliminaron 107 por no corresponder a la temática de análisis o no incluir definiciones conceptuales del estigma, prejuicio o sesgo, quedando un total de 15 artículos (Figura 2).

Figura 2

Diagrama de revisión de la literatura



Definición operacional del concepto de estudio

Este apartado corresponde al tercer paso de la clarificación de concepto, dónde a partir de los artículos incorporados de la revisión, se identificaron los componentes principales de cada concepto de acuerdo con las siguientes categorías: características definitorias, motivos, causas y consecuencias. Dentro de las características definitorias los elementos en común entre los conceptos fueron la discriminación, los estereotipos y prejuicios, en segundo lugar, la simplificación o reducción de la persona y la evaluación negativa (Cox et al., 2012; Crawford & Brandt, 2019; Decarvalho, 1993; Fiske, 2021; Link & Phelan, 2003; Miric et al., 2017; Phelan et al., 2008).

Los principales motivos identificados fueron la identidad social y/o pertenencia a un grupo social, además se puede señalar que las evaluaciones negativas que se dan sobre las personas son circunstancias socialmente compartidas (Cox et al., 2012; Fiske, 2021; Link & Phelan, 2003; Phelan et al., 2008; Tajfel & Turner, 2004).

Finalmente, estos atributos nos dan como consecuencia la presencia o generación de actitudes discriminatorias (Cox et al., 2012; Phelan et al., 2008). Por lo cual se puede señalar que los componentes conceptuales del estigma del peso tienen tres antecedentes fundamentales: a) el estigma, b) el prejuicio y c) el sesgo.

Sus principales atributos son la discriminación, los estereotipos y actitudes / evaluaciones negativas de simplificación de la persona que recaen en la identidad social o por su pertenencia a un grupo y conllevan actitudes discriminatorias.

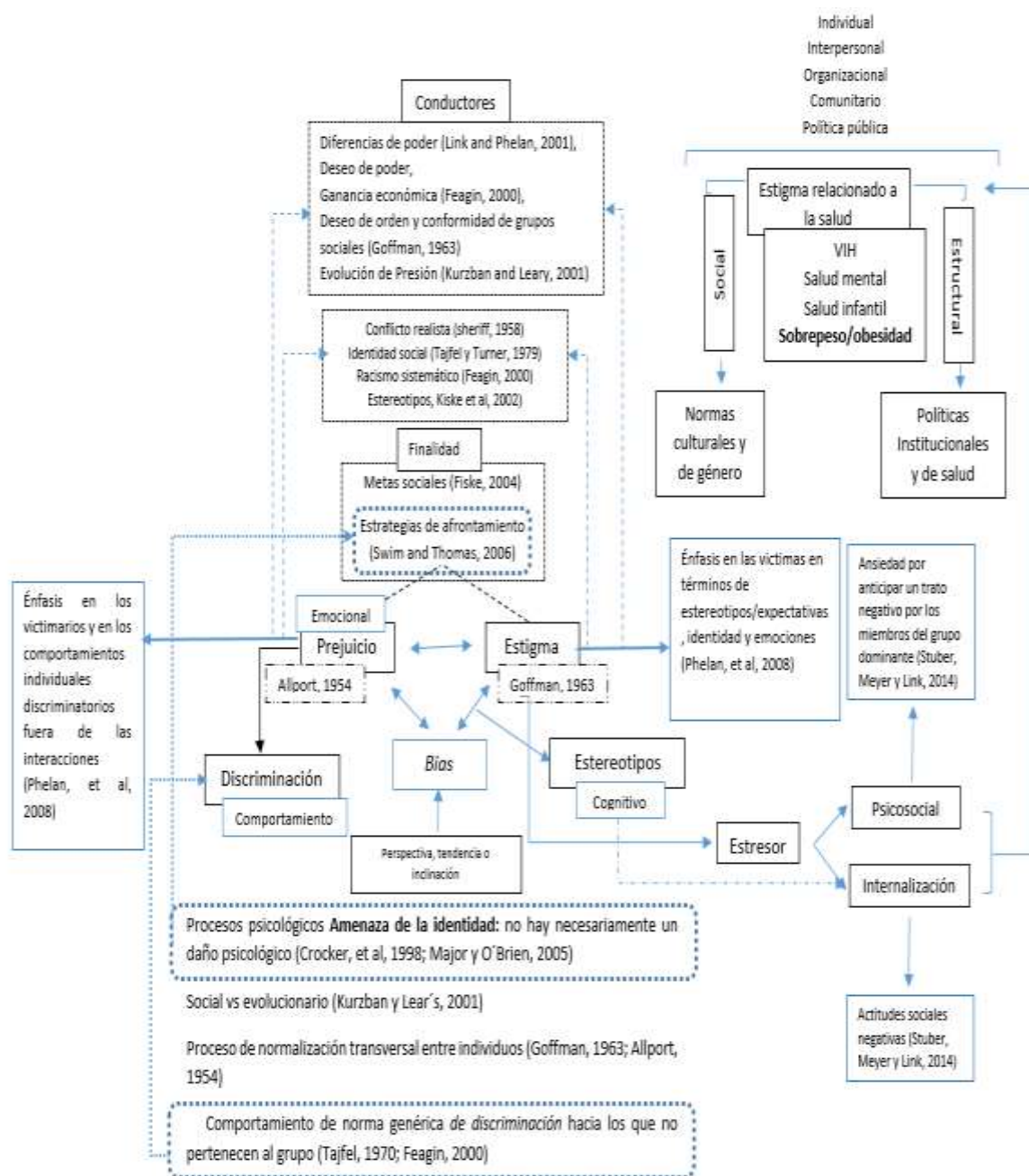
Por su parte, en el área de la salud se han identificado diversas circunstancias de estigmas relacionados con alguna afectación de salud, entre las cuales se destacan el VIH, afectaciones mentales, de salud infantil y el sobrepeso y obesidad como algunos de los ejemplos más comunes.

Los cuales cumplen con las características previamente mencionadas, dónde las personas que los presentan han experimentado actitudes negativas de carácter discriminatorio con base en las expectativas o estereotipos derivados de los prejuicios de los grupos dominantes y las relaciones de poder individual, grupal (interpersonal, organizacional y comunitario) y que son facilitados por los componentes sociales y estructurales, por ejemplo, el caso del estigma sobre el peso, tiene implicaciones dadas

por patrones culturales e institucionales, los cuales serán desarrollados en el siguiente apartado (Figura 3).

Figura 3

Modelo del concepto integrando: estigma, prejuicio y sesgo

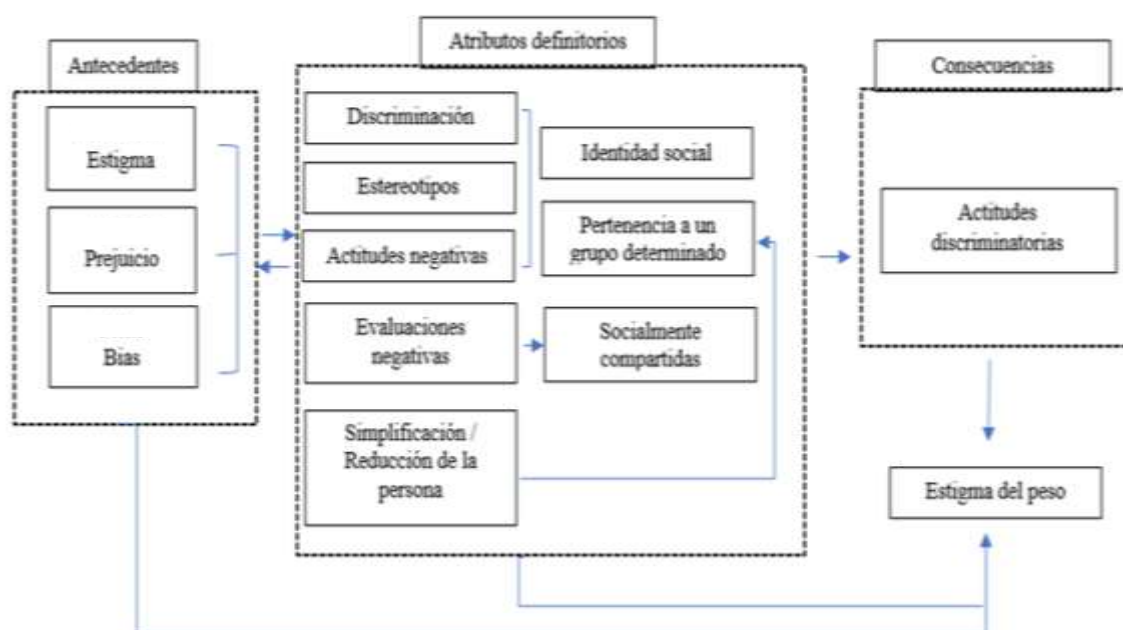


Modelo del Concepto

En el análisis de información se identificaron los componentes principales de cada concepto de acuerdo con tres categorías: características definitorias, motivos y causas. Dentro de las características se identificaron tres elementos en común entre los conceptos: discriminación, estereotipos y prejuicios (Figura 4).

Figura 4

Modelo de Concepto del Estigma del Peso

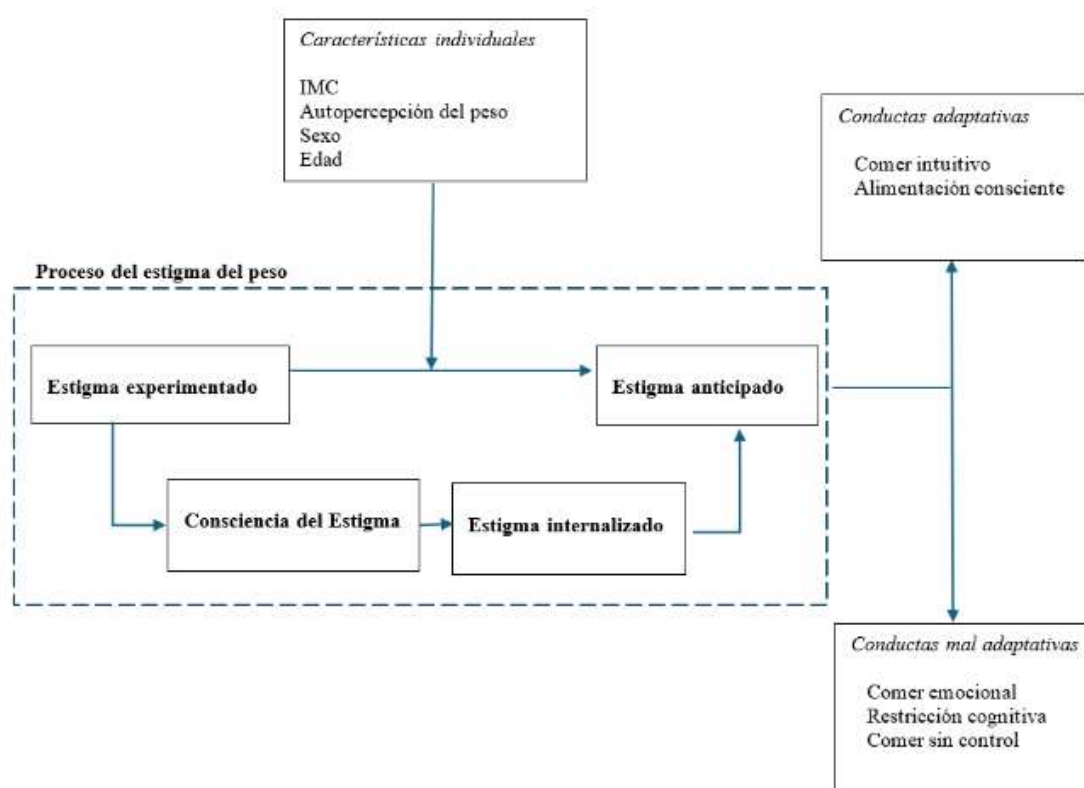


Por último, se presenta el modelo de los componentes conceptuales identificados sobre el estigma del peso el cual se va a manifestar incluso de manera inconsciente, entre aquellos que interactúan con la persona que presenta sobrepeso u obesidad (Obara et al., 2018). De acuerdo con el Consenso Internacional el estigma sobre el peso se refiere a la “devaluación social y denigración de los individuos por su exceso de peso, lo cual puede dirigir hacia actitudes negativas, estereotipos, prejuicios y discriminación” (Rubino et al., 2020).

Proponiendo la reformulación del concepto, de acuerdo con los elementos integrados en la clarificación del concepto desarrollado, de la siguiente forma: desacreditación y devaluación en las relaciones sociales que surge del prejuicio y estereotipos predominantes centradas en el peso, que conlleva actitudes negativas y discriminatorias que resultan en afectaciones psicológicas, físicas, emocionales y actitudinales/conductuales en personas con SP-OB (Figura 5).

Figura 5

Teoría de rango medio: Modelo del Proceso del Estigma del Peso



Estudios relacionados

En esta sección se presentan los estudios de investigación respecto a las variables que guiarán el presente estudio, de acuerdo con las categorías principales (proceso del

estigma, respuestas individuales y factores moderadores, así como los elementos que las integran.

Proceso del estigma

Estigma experimentado

Un estudio realizado en 3821 personas en los Estados Unidos evaluó la prevalencia del estigma experimentado en personas mayores de 18 años, evaluó el estigma mediante la escala de internalización del estigma, también se evaluaron las creencias acerca de las personas con obesidad, para evaluar la controlabilidad del sobrepeso y obesidad.

Se encontró que la prevalencia del estigma experimentado fue variable de acuerdo con el tipo de actitud evaluada, la más baja fue la discriminación con un 15%, mientras que para las burlas fue del 47%. Se realizaron regresiones logísticas de la relación entre los distintos tipos de estigma experimentado.

Se identificó que la probabilidad de discriminación es mayor en las personas con obesidad (OR = 8.96, IC95% 6.87, 11.82) y con sobrepeso (OR = 1.73, IC95% 1.25, 2.41); con las personas con obesidad que reciben burlas (OR = 5.42, IC95% 4.54, 6.48) fue mayor que con las personas con sobrepeso (OR = 1.73, IC95% 1.25, 2.41).

Adicionalmente se comparó entre los grupos de participantes y se observó que las personas latinas presentaron mayores niveles de discriminación (OR = 2.17, IC95% 1.37, 3.37); mientras que en los hombres se observa un efecto protector al analizar el estigma experimentado (OR = .75, IC95% 0.57, 0.98) que las mujeres. Por último, se identificó que aquellas personas que consideran que la obesidad es una situación de alto nivel de controlabilidad internalizan más el estigma (OR = 1.77, IC95% 1.42, 2.21) (Prunty et al., 2020).

Un estudio realizado en 302 pacientes mayores de 18 años evaluó el estigma del peso mediante tres preguntas exprofeso y el estigma internalizado para identificar la relación entre ambos tipos de estigma.

Los participantes reportaron haber experimentado estigma en un 62%, mientras que para el estigma internalizado se presentó una media de puntaje de 4.57 ($DE = 1.27$); mientras que el 42% tuvo una media ≥ 5 , lo cual indica niveles altos de estigma internalizado.

Al comparar el estigma experimentado y el estigma internalizado se observó que existe mayor posibilidad de presentar internalización (OR = 1.65, IC95% 1.16, 2.35, $p < .01$) si la persona experimenta estigma relacionado con su peso corporal (Verhaak et al., 2022).

Experimentar estigma es considerado como un aspecto que puede afectar la alimentación de las personas que lo presentan; existe evidencia empírica que sugiere que el estigma experimentado está relacionado con las conductas de alimentación, ya que el estigma funciona como un factor estresor que genera un incremento en la ingesta calórica y alimentos altos en azúcares.

Particularmente se ha observado esta situación en mujeres, en personas con niveles más altos de IMC y en aquellas personas que se perciben a sí mismas con sobrepeso incrementaron su consumo de alimentos cuando experimentaron situaciones estigmatizantes en comparación con aquellas que no (Tomiyama, 2014).

Estigma internalizado

Un estudio realizado para identificar la relación entre el estigma internalizado y el IMC en adultos identificó que un alto nivel de comer intuitivo ($r^2 = .09$, $p = .004$) está asociado con un bajo nivel de IMC, incluso en aquellas personas con niveles altos de estigma internalizado ($r^2 = .10$, $p = .003$).

Al realizar en análisis controlado por las covariables (edad y sexo), la asociación entre el estigma internalizado y el IMC se observó que el comer intuitivo modera la relación entre el IMC ($r^2 = .404$, $p < .001$) y la interacción de la variable añade el 9.5% de la varianza en el IMC.

Adicionalmente la interacción fue probada mediante la prueba de efectos condicionales del estigma internalizado en tres niveles del comer intuitivo (con una desviación estándar por debajo de la media, una desviación estándar por arriba y la media) donde se observó que aquellos con una desviación por debajo, el estigma internalizado está asociado con el IMC ($p < .001$), al igual que en la media ($p < .044$), sin embargo en el grupo con una desviación por arriba no existe asociación ($p = .506$) (Braun et al., 2022).

Otro estudio que evalúa la relación del estigma internalizado con las conductas de alimentación, evaluó la restricción dietética, el comer emocional, el comer externo y

la ingesta energética, dónde no se encontró efecto en la interacción entre el grupo experimental (estigma del peso) y el grupo control (fumar) y el incremento de la ingesta energética de alimentos ($B = -.41$, $SE = .25$, $t = -1.62$, $p = .108$); el estigma internalizado ($B = .15$, $SE = .13$, $t = 1.14$, $p = .255$) no presentaron diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, aquellas personas con estigma internalizado e IMC bajos fueron estadísticamente significativos ($p = .008$). Por otra parte, la relación entre el estigma internalizado y el consumo energético fue estadísticamente significativo en el subgrupo de alto IMC ($B = -.85$, $F(1, 139) = 7.46$, $p = .007$) (Meadows & Higgs, 2019).

Estigma anticipado

Un estudio realizado en 1327 personas mayores de 18 años, evaluaron el estigma anticipado y la relación con los desórdenes de alimentación, comer emocional y otros indicadores de salud; y si estos están influenciados por el IMC. Se identificó que el 42% presentó estigma del peso; se observó que el IMC tiene efecto moderador con los desórdenes alimenticios ($\beta = -.01$, $IC95\% (-.01, .005)$, $p < .001$) y esta relación parece que va disminuyendo conforme el IMC se incrementa después de los 55.5% (obesidad severa).

En la relación del estigma del peso y los desórdenes de alimentación se encontró una relación positiva ($\beta = .34$, $IC95\% (.31, .38)$, $p < .001$) y entre el estigma del peso y el comer emocional de igual manera se observó una relación positiva ($\beta = .32$, $IC95\% (.25, .39)$, $p < .001$). Adicionalmente, se evaluaron las correlaciones entre las variables mencionadas encontrando una correlación significativa entre el estigma del peso y los desórdenes de alimentación positiva media ($r = .475$, $p < .001$) y una correlación significativa baja entre el estigma del peso y el comer emocional ($r = .350$, $p < .001$) (Lee et al., 2021).

Conductas de alimentación

Conductas adaptativas

Un estudio realizado en 84 adultos jóvenes, dónde la media de estigma internalizado fue de 2.66 ($DE = 1.33$), el 43% tenía sobrepeso u obesidad y la media de comer intuitivo fue de 3.37 ($DE = 1.51$). Se observó que el IMC está correlacionado de manera positiva con el estigma internalizado ($r = .31$, $p < .05$) y negativamente

correlacionado con el comer intuitivo ($r = -.39, p < .001$), en el caso del estigma internalizado y el comer intuitivo también se presentó una correlación negativa ($r = -.43, p < .001$).

Al analizar los modelos de regresión se observó que el IMC no se relaciona con el estigma internalizado ($\beta = .10, p > .05$) y tiene una relación negativa con el comer intuitivo ($\beta = -.09, p < .01$). Por otra parte, al realizar modelos de moderación se observó que el comer intuitivo modera la relación entre el estigma internalizado y el IMC ($r^2 = .404$) con una relación no significativa ($\beta = -.30, \text{IC95\% } -.10 \text{ } -.02$) (Braun et al., 2022).

Un estudio que abordó la relación del estigma experimentado sobre algunas características del comer intuitivo observó que la relación entre ellos no era significativa con la confianza en las señales de hambre y saciedad ($r^2 = .017, p = .154, \text{IC99\% } -.375 \text{ } -.108$), de igual manera no se observó significancia en la relación del estigma experimentado y las razones emocionales vs físicas ($r^2 = .039, p = .948, \text{IC99\% } -.178 \text{ } -.187$), con la congruencia de elección de comida la relación tampoco fue significativa ($-r^2 = .042, p = .286, \text{IC99\% } -.391 \text{ } -.162$), obteniendo resultados negativos controlando por IMC y estigma ($r^2 = .023, p = .339, \text{IC99\% } -.1.203 \text{ } -.552$) (Romano & Heron, 2023).

Un estudio realizado en adultos que recibieron una intervención de yoga para verificar el impacto sobre el estigma internalizado y el comer intuitivo, observaron que existe una asociación entre ambas variables de manera que, si el estigma internalizado disminuye, el comer intuitivo se incrementa ($r = -.43, p = .01$) (Braun et al., 2021).

Otro estudio realizado en 1410 personas mayores de 18 años, enfocado en la discriminación del día a día, que está directamente relacionado con el estigma experimentado, identificó que 14% presentaron niveles bajos de discriminación, 29% niveles moderados y 23% niveles altos. La media de comer intuitivo fue de 5.80 ($DE = 1.70$), la media de comer consciente fue 8.00 ($DE = 2.00$), dónde los valores de ambas conductas de alimentación disminuyen entre mayor sea el nivel de discriminación (estigma experimentado). Los niveles moderados ($\beta = -.050 \text{ IC95\% } -.080 \text{ } -.030$) y altos ($\beta = -.040, \text{IC95\% } -.070 \text{ } -.020$) de discriminación están asociados con bajos puntajes de comer intuitivo, no hubo variaciones de consideración al ajustar el modelo por IMC (Yoon et al., 2022).

Conductas mal adaptativas

Un estudio realizado en 1228 personas mayores de 18 años se observó que existe correlación positiva entre el estigma experimentado con el estigma internalizado ($r = .440, p < .001$), con la alimentación restrictiva ($r = .296, p < .001$) y la insatisfacción corporal ($r = .382, p < .001$); mientras que el estigma internalizado tiene correlación positiva con la insatisfacción corporal ($r = .756, p < .001$) y con la alimentación restrictiva ($r = .296, p < .001$). En cuanto a la relación entre los estigmas y las conductas alimentares se observó que el estigma internalizado ($\beta = -.020, p = .611$) y el estigma experimentado ($\beta = -.050, p > .120$) no presentaron relación significativa con la alimentación restrictiva; mientras que la insatisfacción corporal presenta una relación positiva con la alimentación restrictiva ($\beta = .320, p < .001$). Al analizar el estigma experimentado y el estigma internalizado se observó una relación positiva ($\beta = .240, p < .001$) (Romano et al., 2021).

Otro estudio realizado por el mismo autor en 1368 personas mayores de 18 años. Se observó que existe correlación positiva entre el estigma experimentado con el estigma internalizado ($r = .236, p < .001$), la insatisfacción corporal ($r = .112, p < .001$), mientras que no presentó correlación con la alimentación restrictiva ($r = .005, p > .05$); en cuanto al estigma internalizado presentó correlación positiva con la insatisfacción corporal ($r = .740, p < .001$) y con la alimentación restrictiva ($r = .206, p < .001$). Se observó que existe una relación entre el estigma experimentado y la alimentación restrictiva ($\beta = .18, p < .001$), mientras que el estigma internalizado presenta una relación negativa con la alimentación restrictiva ($\beta = -.12, p < .01$). Al analizar el estigma experimentado y el estigma internalizado se observó una relación positiva ($\beta = .44, p < .001$) (Romano et al., 2021).

Las conductas de alimentación han sido estudiadas principalmente entre personas que sufren de algún tipo de trastorno de la alimentación, aunque existen algunos estudios que se han centrado en distintos grupos poblacionales, como es el caso de estudiantes universitarios, particularmente en tres factores de alimentación: el comer emocional, la restricción cognitiva y el comer sin control. Un estudio realizado en Hong Kong evaluó la existencia de la relación entre el estigma experimentado y los factores de alimentación, dónde se encontró que el estigma experimentado se relacionó con el comer

sin control ($\beta = 0.144, p = .010$) y con la restricción cognitiva ($\beta = .130, p = .006$) en estudiantes que se percibían con sobrepeso, pero no lo presentaban. El estigma experimentado también tuvo relación con el comer sin control ($\beta = .224, p = .048$) y con el comer emocional ($\beta = .282, p = .009$) en aquellos estudiantes que se percibieron con sobrepeso y efectivamente lo presentaban (Cheng et al., 2018).

Un estudio realizado en 193 participantes mayores de 18 años analizó la relación entre el estigma percibido/experimentado, el comer emocional y la restricción al comer. Se observó que cuando la relación es mediada por el miedo al peso y la restricción alimenticia, el estigma percibido tiene relación con el comer emocional ($\beta = .29, p < .05$) y con la restricción alimenticia ($\beta = .28, p < .05$) así como entre el estigma del peso y la restricción al comer ($\beta = .08, p < .05$). Cuando la relación del estigma percibido esta mediada sólo por el miedo al peso, tiene efecto directo sobre el comer emocional ($\beta = .23, p < .05$) e indirecto no significativo con el comer restrictivo ($\beta = .08, p > .05$) (Wellman et al., 2018).

Definición de términos

Proceso del estigma

Estigma experimentado. Devaluación social de un individuo como consecuencia de evaluaciones y sentimientos negativos hacia un grupo estigmatizado o una persona que pertenece al mismo. Lo cual se midió mediante el Cuestionario de Percepción del Estigma Experimentado de Lin et al. (2020)

Estigma internalizado. Es la apropiación, asimilación y adopción de las creencias, sentimientos negativos y estereotipos asociados con el peso y de su estatus estigmatizado de manera consciente o inconsciente. Para la medición de esta variable se utilizó la Escala Modificada de Internalización del Estigma de Durso y Larner (2008).

Estigma anticipado. Se puede definir como la expectativa de encontrar un trato, actitudes o situaciones negativas asociadas con la marca (peso) estigmatizante del grupo al cual pertenece que se pueden presentar en cualquier lugar, situación o persona debido a situaciones observadas o experimentadas anteriormente. Medido mediante dos instrumentos el primero es el Cuestionario de Auto Estigma del Peso de Lillis et al. (2010) y el segundo es la Escala de Estigma Anticipado para Enfermedades Crónicas desarrollado por Earnshaw et al. (2013).

Conciencia del estigma. Se refiere a la anticipación de una persona a ser estereotipado y que ese estereotipo sea la característica central que guía como otros la ven y se relacionan con ella (Link et al., 2015). Este se midió mediante el Cuestionario de Conciencia del Estigma de Pinel (1999).

Respuestas de nivel individual

Conductas adaptativas

Comer intuitivo. Está definido como la tendencia de comer cuando se tiene hambre, entendiendo las sensaciones del cuerpo relacionadas con la comida, para poder utilizar esas claves físicas para determinar que, cuando y cuanto comer (Yoon et al., 2022). La medición fue realizada mediante la Subescala de Confianza en las Señales de Hambre y Saciedad de la Escala del Comer Intuitivo y Escala del Comer Intuitivo –2, desarrollado por Christoph y et al. (2020).

Alimentación consciente. Es prestar atención a la comida, en su propósito, momento a momento sin juzgar ni tener la pérdida de peso como principal objetivo, si no tener consciencia sensorial sobre la comida y sus experiencias con su consumo (Nelson, 2017). Para esta variable se empleó el Cuestionarios de Alimentación Consciente de Framson et al. (2009).

Conductas mal adaptativas

Comer emocional. Es el acto de comer en respuesta a emociones negativas y es comúnmente respaldado por personas que tienen SP-OB, así como también aquellas que tienen un peso normal, esta fue evaluada por la Escala de Comer Emocional de Tanofsky-Kraff et al. (2007).

Restricción cognitiva. Es la conducta realizada mediante la restricción consciente de comida con el objetivo de lograr tener un control o pérdida del peso corporal (Banna et al., 2018). Este se midió a través del Cuestionario de Tres Factores de Alimentación R-18 de Lauzon y et al. (2004)

Comer sin control. Se define como el consumo de alimentos inusualmente alto que genera la sensación de no poder detenerse. Este fue medido a través del Cuestionario de Tres Factores de Alimentación R-18 de Lauzon et al. (2004)

Auto Percepción del peso corporal: es la propia apreciación que tiene el estudiante universitario en relación con su peso corporal actual, se evaluó por dos

métodos: por categorías que será la respuesta del participante a una pregunta única: *¿cómo consideras tu peso actual?* Con cinco opciones de respuesta: muy bajo de peso, bajo peso, con peso normal, un poco de sobrepeso y con bastante sobrepeso y por imágenes por medio de las figuras de Sørensen y Stunkard (1993).

IMC. Es el índice numérico que se obtiene de la relación entre el peso y la estatura de la persona. Para la medición de esta variable se realizó la toma del peso y talla *in situ* con balanza y estadímetro.

Estado nutricional. Se empleó la clasificación de acuerdo con la OMS de delgadez $IMC < 18.5$, 2 Kg/m^2 , eutrofia $IMC 18.5 - 24.9$ Kg/m^2 , sobrepeso: $IMC 25 - 29.9$ Kg/m^2 y obesidad: $IMC > 30$ Kg/m^2 .

Justificación del Trabajo

Tanto la teoría, como la literatura científica mencionada previamente, indica que los elementos que componen el proceso del estigma mantienen una relación entre ellos, iniciando en el estigma experimentando, la persona puede vivir en su persona u observar dentro de su núcleo social la estigmatización debido a su peso, con lo cual comienza un ciclo en el cual irá internalizando gradualmente esa estigmatización mediante estereotipos, prejuicios, sesgos y discriminación.

Posteriormente, incrementará la internalización de las características negativas atribuidas al peso lo que conllevará a generar o incrementar el estigma anticipado, donde, tanto las experiencias previas como la internalización hacen que la persona se encuentre vigilante en cualquier contexto y ante cualquier persona esperando ser estigmatizada a consecuencia de su peso.

La relación entre el estigma experimentado y el estigma anticipado, indica que uno de los posibles resultados, es que se modifican las conductas de alimentación, tanto las adaptativas como las no adaptativas. Sin embargo, la literatura existente es limitada en función de los tipos de estigma estudiados siendo el más abordado el estigma internalizado, algunos autores incluyen alguna de las otras dos variantes, pero no se han identificado estudios que incluyan el proceso completo, incorporado los tres momentos de estigmatización.

La existencia de la relación del proceso del estigma con las conductas de alimentación (adaptativas y mal adaptativas) implica dos posibilidades para la persona estigmatizada, la primera es poder adquirir conductas positivas para mejorar sus conductas de alimentación y la segunda adquirir conductas mal adaptativas y empeorar el ciclo del estigma. La literatura existente señala que este camino tiene múltiples repercusiones para la persona, ya que los tres tipos de estigma incrementarán dando como resultado repercusiones físicas y emocionales, una caída en la adherencia a cualquier tratamiento, evitar buscar ayuda o acudir a los servicios de salud y lo llevará a incrementar aún más su peso.

Con respecto al efecto que tiene el sexo, la consciencia del estigma y el IMC, se sabe que las mujeres experimentan en mayor medida situaciones estigmatizantes y esas experiencias incrementan la internalización, sin embargo, no es concluyente el efecto

que tiene sobre las conductas adaptativas principalmente, y tampoco como es que se relaciona la conciencia del estigma dentro del proceso de estigmatización y la relación con las conductas de alimentación. En cuanto al IMC, hay una mayor cantidad de literatura que ha analizado su relación en el estigma internalizado con las conductas mal adaptativas, principalmente, en dónde se sabe que el IMC es elemento predictor para la internalización y para ciertas conductas mal adaptativas como los atracones, sin embargo, tampoco se ha estudiado tan ampliamente. La literatura existente en la relación de la conciencia del estigma entre el IMC y el proceso del estigma completo y sus efectos hacia las conductas adaptativas continúa siendo escasa.

Finalmente, sobre la conciencia del estigma se ha teorizado acerca de su efecto para el incremento de la internalización del estigma y existen algunos estudios empíricos que apoyan esa idea, sin embargo, aún no es claro el papel que desempeña en el proceso completo y las relaciones que puede guardar con el sexo y el IMC para poder explicar la relación con las conductas de alimentación adaptativas y mal adaptativas.

En este contexto, es necesario para enfermería desarrollar más investigaciones al respecto que aborden las situaciones de salud de las personas con sobrepeso y obesidad desde un enfoque integral del estigma, clarificando el impacto de la conciencia del estigma para prevenir conductas mal adaptativas de alimentación y promover las conductas adaptativas.

Hipótesis

La teoría de rango medio Modelo del Proceso del Estigma del Peso: a) estigma experimentado, b) estigma internalizado, c) estigma anticipado y d) conciencia del estigma explican las conductas de alimentación adaptativas: a) alimentación consciente, b) comer intuitivo y las conductas de alimentación mal adaptativas: a) restricción cognitiva, b) comer emocional y c) comer sin control.

Objetivo General

Evaluar el poder explicativo de la teoría de rango medio Modelo del Proceso del Estigma del Peso: a) estigma experimentado, b) estigma internalizado, c) estigma anticipado y d) la conciencia del estigma sobre: 1) las conductas de alimentación adaptativas: a) alimentación consciente y b) comer intuitivo y 2) conductas de

alimentación mal adaptativas: a) restricción cognitiva, b) comer emocional y c) comer sin control.

Objetivos Específicos

1. Describir el proceso del estigma: a) experimentado, b) internalizado, c) anticipado y d) consciencia del estigma y establecer las diferencias de acuerdo con el sexo, IMC y PPC.
2. Describir las conductas de alimentación 1) adaptativas: a) alimentación consciente y b) comer intuitivo y 2) mal adaptativas: a) comer emocional, b) restricción cognitiva y c) comer sin control y establecer las diferencias de acuerdo con el sexo, IMC y PPC.
3. Analizar la correlación del proceso del estigma: a) estigma experimentado, b) estigma internalizado, c) estigma anticipado y d) consciencia del estigma sobre las conductas de alimentación adaptativas: a) comer intuitivo, b) alimentación consciente y conductas de alimentación mal adaptativas: a) restricción cognitiva, b) comer emocional y c) comer sin control.
4. Analizar el efecto de mediación de la consciencia de estigma y el estigma internalizado en la relación del estigma experimentado y el estigma anticipado.
5. Analizar la relación entre el proceso de estigma: a) estigma experimentado, b) estigma internalizado, c) estigma anticipado y d) consciencia del estigma y 1) conductas de alimentación adaptativas: a) alimentación consciente y b) comer intuitivo y conductas de alimentación mal adaptativas: a) comer emocional, b) restricción cognitiva y c) comer sin control y características individuales: a) sexo, b) edad, c) IMC y c) percepción del peso.

Material y Métodos

En el presente capítulo se presenta la descripción del diseño del estudio, la población, muestreo y muestra, criterios de inclusión, exclusión y eliminación, instrumentos de medición, procedimiento de recolección de datos, consideraciones éticas y por último el plan de análisis estadístico.

Diseño del estudio

Se trata de un estudio descriptivo, correlacional, transversal y de comprobación de modelo, dado que el estudio analizó las relaciones entre las variables y las mediciones se realizaron en una sola ocasión, además de probar el Modelo del Proceso del Estigma sobre las conductas de alimentación adaptativas y mal adaptativas considerando las variables: 1) del proceso del estigma: estigma experimentado, estigma internalizado y estigma anticipado; 2) conductas de alimentación adaptativas: comer intuitivo y alimentación consciente; 3) mal adaptativas: comer emocional, restricción cognitiva, comer sin control y sobre ingesta en estudiantes universitarios.

Población, muestreo y muestra

La población de estudio fueron estudiantes universitarios inscritos en una institución pública del oriente de la Ciudad de México. El tamaño de la muestra se determinó por el paquete estadístico G*Power® con un nivel de confianza al 95%, una potencia de 90, con efecto del diseño de 0.4 para una población finita de 7222 estudiantes para un modelo de ecuaciones estructurales con 12 variables.

El muestreo fue por cuotas, proporcional al tamaño de cada carrera. Finalmente, la muestra se conformó por 782 estudiantes distribuidos de la siguiente forma: 218 de Psicología, 140 de Medicina, 109 de Odontología, 252 de Enfermería y 63 de Nutrición.

Criterios de inclusión

Estudiantes universitarios de 18 a 25 años de ambos sexos, de ambos turnos (matutino y vespertino) que proporcionaron consentimiento informado firmado para participar en el estudio.

Criterios de exclusión

Estudiantes que refirieron en la hoja de datos sociodemográficos estar diagnosticados y/o bajo un tratamiento psicológico o farmacológico para el manejo de

alguna enfermedad como depresión, ansiedad o enfermedad de la conducta alimenticia (anorexia o bulimia) o metabólica que implique un control problemático del peso como hiper o hipotiroidismo y diabetes mellitus.

Criterios de eliminación

Se eliminaron todos los cuestionarios que no se contestaron en su totalidad.

Instrumentos de medición

A continuación, se presentan los instrumentos de medición que se utilizaron para medir las variables del estudio, los cuales se presentan según el modelo del proceso del estigma que da sustento a la presente investigación, estos instrumentos se clasifican en dos: de lápiz y papel y mediciones antropométricas.

De la lápiz y papel

Cédula de datos sociodemográficos

Mediante una hoja de datos se preguntaron datos sociodemográficos como la edad, sexo, año escolar que cursa, nivel socioeconómico y antecedentes patológicos y farmacológicos. Así como una pregunta única sobre salud auto percibida (Anexo A).

Proceso del estigma

Para la evaluación del estigma experimentado se utilizó el Cuestionario del Estigma Percibido del Peso (*Perceived Weight Stigma Questionnaire*), desarrollada por Lin et al. (2020). Se trata de una escala de auto reporte que evalúa la percepción de la persona acerca de experiencias que ha tenido sobre estigmatización por su peso. El cuestionario tiene un total de 10 ítems con escala dicotómica de respuestas de Si y No a los cuales se les asigna el valor de 1 y 0 respectivamente. Las respuestas son sumadas para obtener el puntaje global de la escala. Los puntajes altos indican que la persona presenta una mayor percepción de experiencias estigmatizantes debido a su peso. Su consistencia interna evaluada en estudios ha demostrado un nivel de confiabilidad con un $\alpha = .80$ hasta $.88$ (Anexo B) (Kamolthip et al., 2022; Lin et al., 2020).

Para la evaluación del estigma internalizado se empleó la Escala de Internalización del Estigma – Modificada (*Weight Bias Internalization Scale*). Escala desarrollada por Durso y Latner (2008). La escala evalúa el grado en que una persona aplica estereotipos basados en el peso en sí misma y realiza evaluaciones de su peso. Se compone de 11 ítems con respuestas escala tipo Likert de 7 puntos que van de 1

(completamente en desacuerdo) a 7 (completamente de acuerdo). Los ítems 1 y 9 contienen respuestas con un puntaje reverso. Para la interpretación de la escala los puntajes altos indican que existe una mayor internalización del estigma. Los valores de confiabilidad reportadas son de $\alpha = .88$ a $.94$ (Andrés et al., 2022; Pearl & Puhl, 2014) (Anexo C).

Para evaluar el estigma anticipado se aplicó el Cuestionario Auto Estigma del Peso (*Weight Self-Stigma Questionnaire*). Cuestionario desarrollado por Lillis et al. (2010). El instrumento está diseñado para evaluar la naturaleza multidimensional del estigma relacionado al peso y detectar el impacto sobre las personas. El cuestionario con un total de 12 ítems con opciones de respuesta escala tipo Likert de 5 puntos que van de 1 (completamente en desacuerdo) a 5 (completamente de acuerdo). Contiene dos dimensiones: auto devaluación (preguntas 1 a la 6) y miedo al estigma (preguntas de la 7 a la 12). La interpretación de cada dimensión es que un mayor puntaje indica un alto nivel de auto devaluación y miedo al estigma respectivamente. Los valores de confiabilidad de las dimensiones son $\alpha = .81$ a $.86$ para miedo al estigma y $\alpha = .81$ a $.84$ para auto devaluación. El instrumento completo reportó una confiabilidad $\alpha = .87$ (Anexo D) (BinDhim et al., 2020; Lillis et al., 2010; Magallares et al., 2022).

Específicamente para el estigma anticipado se emplearon las preguntas de la dimensión de miedo al estigma ya que es la dimensión que refleja el constructo analizado, adicionalmente se complementó la evaluación con la Escala de Estigma Anticipado para Enfermedades Crónicas.

La Escala de Estigma Anticipado para Enfermedades Crónicas (*The Chronic Illness Anticipated Stigma Scale*) fue desarrollada por Earnshaw et al. (2013). La escala se compone por 12 ítems con opciones de respuesta tipo Likert que van de 1 (muy poco probable) a 5 (muy probable). Contiene tres subescalas: familia y amigos (ítems 1-4), compañeros (ítems 5 a 8) y profesionales de la salud (ítems 9-12). Puntajes elevados indican que existe un mayor grado de estigma anticipado. El coeficiente de confiabilidad de la dimensión familia y amigos es de $\alpha = .92$, para compañeros es $\alpha = .95$ y para profesionales de la salud es $\alpha = .95$. La confiabilidad total de la escala es de $\alpha = .88$ a $.92$ (Anexo E) (Earnshaw et al., 2013; Nejatisafa et al., 2017; Salih et al., 2022).

Para la evaluación de la conciencia del estigma se empleó el Cuestionario de

Consciencia del Estigma (*The Stigma Consciousness Questionnaire*), desarrollado por Pinel (1999). El cuestionario consta de 10 ítems con escala tipo Likert de 6 puntos, las respuestas van de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo) los ítems 1, 2, 4, 5, 6, 7 y 9 son de puntaje reverso. Para la interpretación de la escala se considera que entre menor puntaje hay mayor nivel de consciencia del estigma. El nivel de confiabilidad reportado es $\alpha = .84$ a $.87$ (Anexo F) (Catthoor, Feenstra, et al., 2015; Catthoor, Schrijvers, et al., 2015; Pinel, 1999).

Conductas adaptativas

La evaluación del comer intuitivo fue realizada mediante la Escala de Comer Intuitivo (*Intuitive Eating Scale*), desarrollada por Tylka (2006). Se empleó sólo la subescala que se centra en la confianza en las señales de hambre y saciedad considerados por Christoph et al. (2020) como el núcleo principal del comer intuitivo. La escala cuenta con 7 ítems con opciones de respuesta son tipo Likert que van de 1 (completamente en desacuerdo) a 4 (completamente de acuerdo). Los puntajes obtenidos son sumados y se obtiene un rango de 7 a 28 puntos. Los puntajes mayores indican mayor comer intuitivo. La confiabilidad reportada de la escala es de $\alpha = .87$ (Anexo G) (Christoph et al., 2021^a, 2021b; Tylka, 2006).

Para la variable de alimentación consciente se empleó el Cuestionario de Alimentación Consciente (*Mindful Eating Questionnaire*), desarrollado por Framson (2009). La escala está constituida por 28 ítems con opciones de respuesta tipo Likert que van de 1 (nunca) a 4 (frecuentemente). Se compone por 5 factores: desinhibición (ítems 1 al 8), consciencia (ítems 9 al 15), señales externas (ítems 16 al 21), respuestas emocionales (22 al 25) y distracción (ítems 26 al 28). Los puntajes altos indican mayor alimentación consciente. La confiabilidad reportada por cada dimensión es de desinhibición $\alpha = .83$, consciencia $\alpha = .74$, señales externas $\alpha = .70$, respuestas emocionales $\alpha = .71$ y distracción $\alpha = .64$. El valor de confiabilidad reportado en la literatura del instrumento completo es $\alpha = .64$ a $.70$ (Anexo H) (Framson et al., 2009; Yoon et al., 2022).

Conductas mal adaptativas

Se evaluaron el comer emocional, comer sin control y la restricción cognitiva, para la cual se empleó el Cuestionario de Tres Factores de Alimentación R-18

(*Three-Factor Eating Questionnaire R-18*), el cual fue desarrollado por Stunkard y Messick (1985). El cuestionario se compone por 18 ítems con respuestas tipo Likert con puntuación que va de 1 (nunca) a 4 (siempre). Contiene tres dimensiones: la restricción cognitiva (ítems 2, 11, 12, 15, 16 y 18), comer emocional (ítems 3, 6 y 10) y comer sin control (ítems 1, 4, 5, 7, 8, 9, 13, 14 y 17). Para obtener los resultados de los tres factores se tienen que sumar las respuestas de cada reactivo y calcular el promedio, los factores con mayor puntuación indican la conducta de alimentación utilizada. La confiabilidad reportada para la dimensión de restricción cognitiva es un $\alpha = .74$, para comer emocional un $\alpha = .79$ y para comer sin control $\alpha = .87$. Para el instrumento general cuenta con un nivel de confiabilidad de $\alpha = .83$ (Anexo I) (Kamolthip et al., 2022; Magallares & Morales, 2014; Martins et al., 2021; Stunkard & Messick, 1985).

Adicionalmente, para el comer emocional se aplicó la Escala de Comer Emocional (*Emotional Eating Scale*), que fue desarrollada por Tanofsky-Kraff et al. (2007). La ECE-C se compone de 26 ítems con opciones de respuesta reflejan el deseo de comer en respuesta a cada emoción en una escala de 5 puntos (0= sin deseo, 1= algo de deseo, 2= deseo moderado, 3= deseo fuerte y 4= deseo muy fuerte de comer). La distribución de los ítems en las 5 subescalas es: ira-enfado (ítems 13, 14, 15, 17, 18, 21), ansiedad (ítems 3, 6, 9, 11, 16, 20, 25), depresión (ítems 1, 2, 8, 10), inquietud (ítems 4, 7, 12, 19, 23), impotencia (ítems 5, 22, 24) y alegre (ítem 26). Las puntuaciones más altas indican un mayor deseo de comer en respuesta a emociones negativas. La confiabilidad reportada en la literatura por dimensión es: ira-enfado $\alpha = .83$, ansiedad $\alpha = .83$, depresión $\alpha = .71$, inquietud $\alpha = .65$ e impotencia $\alpha = .68$. El instrumento completo tiene una confiabilidad reportada de $\alpha = .93$ (Anexo J) (Perpiñá et al., 2011; Tanofsky-Kraff et al., 2007; Trujillo-Hernández et al., 2021).

La percepción del peso corporal se midió con las figuras de Stunkard y Sørensen (1993). Consta de nueve figuras de siluetas de cuerpo humano que aumentan gradualmente en proporción al peso e IMC, la figura 1 corresponde a personas con bajo peso; del 2 al 5 a peso normal; 6 y 7 a SP y finalmente las 8 y 9 a OB. Esta escala ha sido utilizada por su facilidad de administración y fiabilidad test-retest ($r = .74$) (Anexo K) (Cortés-Martínez, et al., 2009).

La aplicación del instrumento consiste en lo siguiente: 1) se solicitó al

participante que elija la figura que más se parece a su cuerpo (figura actual), 2) posteriormente se le pide seleccionar la figura que más le gustaría tener (figura ideal/deseada), 3) para medir la satisfacción/insatisfacción se resta el número de la figura ideal/deseada y el número de la figura actual (ideal/deseada-actual).

La diferencia proporciona tres resultados: si el resultado es igual a cero indica satisfacción con su imagen corporal, un resultado positivo indica insatisfacción porque se desea estar más delgado y un resultado negativo indica insatisfacción porque desea estar más robusto y si el valor es negativo la persona desea ser más delgada. Entre mayor sea la diferencia numérica mayor insatisfacción (Viola et al., 2023).

Procedimiento de recolección de datos

Se obtuvo la aprobación del Comité de Investigación y del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, se solicitó a las Jefaturas de cada Carrera de las Licenciaturas de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Una vez que las Jefaturas de las Carreras autorizaron a través de las Coordinaciones de Área, se acudió a las aulas para presentarse con los estudiantes, se les informaron los objetivos del estudio y los datos e información que se recabaría del mismo, para solicitar su consentimiento de participación.

Aquellos estudiantes que estuvieron de acuerdo en participar se les entregó el consentimiento informado (Anexo L), para su revisión y firma. Posteriormente se les entregaron los instrumentos de lápiz y papel para su llenado. Se inició con la hoja de datos sociodemográficos y datos antropométricos, para los cuales se midió el peso y la talla de los jóvenes. Para el peso se utilizó una báscula SECA 813 y la talla con un estadímetro SECA 213. Con estos datos se calculó el IMC de los participantes y se clasificó de acuerdo con la OMS en: delgadez $IMC < 18.5$, 2 Kg/m^2 , eutrofia $IMC 18.5 - 24.9 \text{ Kg/m}^2$, sobrepeso $IMC 25- 29.9 \text{ Kg/m}^2$ y obesidad $IMC > 30 \text{ Kg/m}^2$ (Anexo A), en la cual se asignó un número de identificación para cotejar con las mediciones de peso y talla.

Al concluir los datos sociodemográficos se entregaron las cartas de identificación del peso (Anexo K) y los instrumentos del proceso del estigma (Anexo B al F), de las conductas adaptativas (Anexo G y H) y conductas mal adaptativas (Anexo I y J).

Posteriormente se les solicitó pasar al aula de usos múltiples en la cual se colocó la báscula y estadímetro para la realización de las mediciones de peso y talla, dónde se contó con un espacio cerrado para garantizar la privacidad de cada participante. Ya que se solicitó el retiro de zapatos y ropas de gran volumen (chamarras o sudaderas) se contó con la presencia de al menos una pasante mujer, cuando se realicen las mediciones antropométricas de las mujeres participantes.

No se otorgó compensación económica por la participación en el estudio, sin embargo, se les informó que pueden recibir los resultados de sus pruebas y mediciones si así lo requieren, además de presentar un informe general a la Jefatura de Carrera sobre la situación de estigma del peso en la población participante.

Consideraciones éticas

Para realizar este estudio primero se buscó contar con el dictamen favorable del Comité de Ética en Investigación y Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, así como de la institución educativa donde se llevó a cabo la recolección de los datos.

El presente estudio se apegó a los lineamientos del Reglamento de la Ley General en Materia de Investigación para la Salud (SSA, 1987), en su última reforma publicada por el Diario Oficial de la Federación (2014). Lo establecido en el Título Segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, en el Capítulo I artículo 13, afín de asegurar el respeto a la dignidad de los sujetos y la protección de sus derechos y bienestar en toda investigación.

Se respetó la dignidad y protección de los derechos del participante y su bienestar al solicitar el consentimiento informado por escrito del estudiante para participar en el estudio, a quién se le explicó claramente la justificación y los objetivos de la investigación, así como los procedimientos a realizar.

Se ofreció la garantía de recibir respuesta de cualquier pregunta o aclaración y la libertad de retirar su consentimiento, en cualquier momento, si así los decidieran, sin generar perjuicios en sus actividades escolares por esta decisión (Anexo L).

Para dar cumplimiento al artículo 13 y 14 fracción V, artículo 20 y 21 fracciones I, II, IV, VI, VII, VIII, IX se contó con el consentimiento informado por escrito de los estudiantes participantes dónde se describieron los procedimientos realizados. Se

garantizó que la información proporcionada se resguardaría por un período de tiempo en un lugar seguro donde solo el investigador principal tenga acceso, después la información será destruida.

De acuerdo con el artículo 16 se protegió la privacidad del estudiante, asignándole un código y no se identificaron los cuestionarios con el nombre. Se resguardan en una caja cerrada a la cual solo tiene acceso el personal de investigación. Las mediciones de peso y talla se realizaron en un espacio acondicionado y de forma individualizada; se aseguró que el nombre del participante no fue revelado a menos que lo soliciten los padres y/o el participante.

De acuerdo con el artículo 17 fracción II, esta investigación se considera de riesgo mínimo, ya que se tomaron mediciones antropométricas (peso y talla), lo que pudo ocasionar que el participante sufra una caída, para lo cual se colocará un tapate antiderrapante. En caso de presentarse una caída y se requiriera asistencia médica, el participante sería trasladado al lugar de atención médica correspondiente a la zona y de elección del participante, además se notificaría a las autoridades correspondientes para que hicieran la notificación al padre/madre de familia o tutor vía telefónica para la autorización de su atención médica.

Así mismo, si al contestar los cuestionarios algún estudiante presentaba una crisis de llanto, se suspendería su participación en el estudio, se le brindaría apoyo emocional por personal capacitado y se contactaría vía telefónica al padre o tutor para comentarle el incidente, la decisión de acudir a un psicólogo solo sería tomada por el padre o tutor.

En cumplimiento del capítulo V artículo 57 de la investigación en grupos subordinados, se aseguró que la participación en el estudio fue voluntaria y en caso de que hubiera decidido no participar, no afectaría su situación académica o relación con el personal directivo o docente.

Plan de análisis

El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25 y JASP V0.18.3.

Las variables demográficas fueron analizadas mediante estadística descriptiva. A través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov se determinó la normalidad de las variables. Para la confiabilidad de los instrumentos se utilizó el alfa de Cronbach.

La estrategia de análisis estadístico para cada uno de los objetivos se presenta a continuación:

Para dar respuesta al objetivo general del estudio que señala: Evaluar el poder explicativo de la teoría de rango medio Modelo del Proceso del Estigma del Peso: a) estigma experimentado, b) estigma internalizado, c) estigma anticipado y d) la consciencia del estigma sobre: 1) las conductas de alimentación adaptativas: a) alimentación consciente y b) comer intuitivo y 2) conductas de alimentación mal adaptativas: a) restricción cognitiva, b) comer emocional y c) comer sin control. Se utilizó el Modelo de Ecuaciones Estructurales.

Para dar respuesta al primer objetivo específico: Describir el proceso del estigma: a) experimentado, b) internalizado, c) anticipado y d) consciencia del estigma y establecer las diferencias de acuerdo con el sexo, IMC y PPC. Se utilizó estadística descriptiva, con medidas de tendencia central para variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes para variables cualitativas, así como análisis inferencial no paramétrico para variables con distribución no normal.

Para el segundo objetivo específico: Describir las conductas de alimentación 1) adaptativas: a) alimentación consciente y b) comer intuitivo y 2) mal adaptativas: a) comer emocional, b) restricción cognitiva y c) comer sin control y establecer las diferencias de acuerdo con el sexo, IMC y PPC. Se utilizó estadística descriptiva, con medidas de tendencia central para variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes para variables cualitativas, así como análisis inferencial no paramétrico para variables con distribución no normal.

Para el tercer objetivo: Analizar la correlación del proceso del estigma: a) estigma experimentado, b) estigma internalizado, c) estigma anticipado y d) consciencia del estigma sobre las conductas de alimentación adaptativas: a) comer intuitivo, b) alimentación consciente y conductas de alimentación mal adaptativas: a) restricción cognitiva, b) comer emocional y c) comer sin control. Se realizó mediante análisis de correlación Rho de Spearman.

Para el cuarto objetivo: Analizar el efecto de mediación de la consciencia de estigma y el estigma internalizado en la relación del estigma experimentado y el estigma anticipado. Se empleó el Modelo de Mediación.

Para el quinto objetivo: Analizar la relación entre el proceso de estigma: a) estigma experimentado, b) estigma internalizado, c) estigma anticipado y d) consciencia del estigma y 1) conductas de alimentación adaptativas: a) alimentación consciente y b) comer intuitivo y conductas de alimentación mal adaptativas: a) comer emocional, b) restricción cognitiva y c) comer sin control y características individuales: a) sexo, b) edad, c) IMC y c) percepción del peso. Se utilizó Modelo de Regresión Lineal Multivariado.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados del estudio, iniciando con el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, del proceso del estigma: a) estigma experimentado, b) estigma internalizado, c) estigma anticipado y d) consciencia del estigma; las conductas de alimentación adaptativas: a) alimentación consciente y b) comer intuitivo y las conductas de alimentación mal adaptativas: a) restricción cognitiva, b) comer emocional y c) comer sin control.

Se aplicaron un total de 820 instrumentos, de los cuales fueron retirados 38 debido a presentar alguna condición de salud descrita en los criterios de exclusión como hipertensión, diabetes o depresión, quedando un total de 782.

El cuestionario de Alimentación Consciente presentó cargas factoriales menores a las reportadas en la literatura por lo que se realizó un análisis factorial exploratorio para establecer las dimensiones a ser empleadas en el estudio (Ver Anexo M).

Se realizó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors y posteriormente los análisis de estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos del estudio.

En la Tabla 1 se muestra la consistencia interna de los instrumentos utilizados en el estudio, los valores fueron obtenidos mediante los coeficientes de confiabilidad de alfa de Cronbach, en el cual se observan valores aceptables valores de Alpha mayores de 0.65 (Taber, 2018).

Tabla 1

<i>Consistencia interna de los instrumentos</i>		
Cuestionario	No. de reactivos	A
Proceso del Estigma		
Cuestionario del Estigma Percibido del Peso	10	.803
Escala de Internalización del Estigma del Peso – Modificada	11	.915
Cuestionario de Auto Estigma del Peso	12	.916
Miedo al Estigma	6	.869
Escala de Estigma Anticipado por Enfermedades Crónicas	12	.920

Cuestionario	No. de reactivos	A
Familia y amigos	4	.892
Compañeros	4	.847
Personal de salud	4	.912
Conductas adaptativas		
Cuestionario de Alimentación Consciente	19	.800
Desinhibición	5	.789
Consciencia	5	.801
Señales externas	5	.746
Respuesta emocional	3	.736
Distracción	2	.745
Escala de Confianza en las Señales de Hambre y Saciedad	7	.883
Conductas Mal Adaptativas		
Cuestionario de Tres Factores	18	.820
Restricción cognitiva	6	.711
Comer emocional	3	.808
Comer sin control	9	.868
Escala de Comer Emocional	26	.936
Ira/enfado	6	.842
Ansiedad	7	.808
Depresión	4	.773
Inquietud	5	.738
Impotencia	3	.682

Nota: α = alfa de Cronbrach, $n = 782$

Estadística descriptiva

Como ya se señaló, el total de estudiantes participantes fue de 782, la distribución de la muestra de acuerdo con el sexo fue de 67.6% mujeres ($n = 529$). En

primer año de la carrera se encuentra el 39.8% ($n = 311$). Con respecto a las personas con las cuales viven el 62% ($n = 485$) de los estudiantes reportaron vivir con ambos padres. Al responder sobre padecer alguna enfermedad el 95.5% ($n = 747$) estudiantes reportaron que no presentaban ninguna y el 90.8% ($n = 710$) refirió no consumir ningún tipo de medicamento, mientras que los medicamentos más reportados fueron: antibióticos, analgésicos, antialérgicos y complementos vitamínicos. El 100% de las mujeres indicaron que no se encontraban embarazadas (Ver Tabla 2).

Tabla 2

Características sociodemográficas de los participantes

Variable	<i>n</i>	%
Sexo		
Mujer	529	67.6
Hombre	253	32.4
Carrera		
Enfermería	252	32.2
Psicología	218	27.9
Medicina	140	17.9
Odontología	109	13.9
Nutrición	63	8.1
Año		
1ro	311	39.8
2do	158	20.2
3ro	146	18.7
4to	123	15.8
5to	44	5.5
Turno		
Matutino	593	75.8
Vespertino	171	21.9
Mixto	18	2.3

Variable	<i>n</i>	%
Familiares con quien vive		
Ambos padres	485	62.0
Mamá y hermano(s)	183	23.4
Papá y hermano(s)	39	5.0
Familiares	26	3.3
Amigos	4	.6
Solo	13	1.7
Otros	31	4.0
Enfermedad		
Ninguna	747	95.5
Migraña	35	4.5
Medicamentos		
No	710	90.8
Si	72	9.2

Nota: *n* = 782

Con respecto a las variables cuantitativas, la media de la edad para población general fue de 20.1 años (*DE* = 1.9), el peso promedio es de 64.9 kg (*DE* = 13.4) y la talla media es de 1.63 m (*DE* = 0.09). Con lo anterior se calculó el IMC obteniendo una media de 24.2 kg/m² (*DE* = 4.1) (Ver Tabla 3).

Tabla 3

Medidas de tendencia central y dispersión de las variables sociodemográficas

continuas

Variable	Sexo				General	
	Mujeres		Hombres		<i>M</i>	<i>DE</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Edad	20.00	1.80	20.30	2.00	20.10	1.90
Peso (kg)	61.00	11.30	73.10	14.00	64.90	13.40
Talla (m)	1.59	.06	1.72	.070	1.63	.09
IMC (kg/m ²)	24.10	4.20	24.60	4.00	24.20	4.10

Nota: M = Media, DE = Desviación estándar, kg = Kilogramo, m = Metros, Kg/m² = kilogramo/metro al cuadrado, $n = 782$

La distribución de SP-OB fue del 27.7% ($n = 217$) en sobrepeso y del 8.6% ($n = 67$) para obesidad, de acuerdo con el sexo el sobrepeso fue de 32.4% ($n = 82$) en hombres y 22.5% ($n = 135$) en mujeres; con respecto a la obesidad fue de 8.7% ($n = 22$) para hombres y 8.5% ($n = 45$) en mujeres.

La percepción del peso corporal con respecto al sobrepeso fue del 14.2% ($n = 111$) y del .9% en obesidad ($n = 7$), de acuerdo con el sexo, de los hombres el 21.7% ($n = 55$) se percibe con sobrepeso y el .8% ($n = 2$) con obesidad. La percepción del peso en el caso de las mujeres fue del 10.6% ($n = 56$) en sobrepeso y del .9% ($n = 5$) para obesidad. Mientras que la percepción del peso normal fue del 84% ($n = 657$) en general, del 77.1% ($n = 195$) en hombres y del 87.3% ($n = 462$) en mujeres.

Al comparar el IMC por el PPC se observó que el 64.1% ($n = 182$) que presentan IMC con SP-OB se perciben sin SP-OB, de los cuales el 20.2% ($n = 158$) de quienes tienen sobrepeso y 3.1% ($n = 24$) de los que presentaron obesidad se perciben con peso normal. Mientras que el 3.2% ($n = 16$) de las personas sin SP-OB se percibieron con SP-OB, de las cuales 1.8% ($n = 14$) con peso normal y .3% ($n = 2$) con bajo peso se perciben con sobrepeso. Por otra parte, 4.9% ($n = 38$) con obesidad se percibieron con sobrepeso, .3% ($n = 2$) con sobrepeso se percibieron con obesidad; de las personas que presenta bajo peso, el 3.5% ($n = 27$) se perciben con peso normal y .6% ($n = 5$) de aquellos que presentaron peso normal se percibieron con bajo peso, al comprar el índice nutricional se identificaron diferencias estadísticamente significativas por PPC ($p < .001$) (ver Tabla 4).

Tabla 4

<i>Índice nutricional y percepción del peso corporal</i>				
Variable	Índice nutricional			
	Sin SP-OB		Con SP -OB	
	n	(%)	n	(%)
				p

	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	
Percepción del peso corporal					
Sin SP-OB	482	96.8	182	64.1	.000
Con SP-OB	16	3.2	102	35.9	

Nota: Sin SP-OB = sin sobrepeso y obesidad, Con SP-OB = con sobrepeso y obesidad, p = nivel de significancia. Prueba chi-cuadrado, $n = 782$

Estadística para verificar los objetivos de estudio

Objetivo específico 1

Describir el proceso del estigma: a) experimentado, b) internalizado, c) anticipado y d) consciencia del estigma y establecer las diferencias de acuerdo con el sexo, IMC y PPC.

Para dar respuesta al primer objetivo específico se describieron las prevalencias de las variables del proceso del estigma a través de medidas de tendencia central y de dispersión ya que se trata de variables continuas. Para la variable de IMC se consideraron cuatro categorías de índice nutricio de acuerdo con la clasificación de la OMS, bajo peso: $IMC < 18.5$, 2, peso normal: $IMC 18.5 - 24.9$, sobrepeso: $IMC 25-29.9$ y obesidad: $IMC > 30$. Para la variable PPC se establecieron las categorías establecidas por Stunkard y Sørensen (1993), donde la figura 1 corresponde a personas con bajo peso; del 2 al 5 a peso normal; 6 y 7 a SP y finalmente 8 y 9 a OB. Se realizó prueba no paramétrica U de Mann – Whitney para variables con distribución no normal.

Al analizar el proceso del estigma por sexo se observó que las mujeres obtuvieron una media en el estigma experimentado de 1.42 ($DE = 2.05$), en el estigma internalizado de 33.81 ($DE = 15.86$), estigma anticipado 12.53 ($DE = 5.41$, $p < .01$) y consciencia del estigma de 29.71 ($DE = 5.56$, $p < .01$).

De acuerdo con las categorías de IMC con y sin SP-OB se observó que las personas con SP-OB presentaron puntajes mayores y diferencias estadísticas en el estigma experimentado, estigma internalizado, estigma anticipado y consciencia del estigma.

Con respecto a la PPC, los resultados muestran que la media fue mayor en los puntajes de las personas con SP-OB que presentan estigma experimentado ($p < .01$), estigma internalizado ($p < .0$), estigma anticipado ($p < .01$) y consciencia del estigma ($p < .01$) en comparación con las personas sin SP-OB (Ver Tabla 5).

Tabla 5

<i>Descripción del proceso del estigma por sexo, IMC y PPC</i>								
Variable	EE		EI		EA		CdE	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Sexo								
Mujer	1.42	2.05	33.81	15.86	12.53*	5.41	29.71*	5.56
Variable	EE		EI		EA		CdE	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Hombre	1.23	1.96	31.77	15.72	11.64	5.10	28.38	5.42
Índice nutricio								
Sin SP-OB	1.07	1.78	31.18	15.65	11.23	4.73	28.87	5.62
Con SP-OB	1.86*	2.30	36.76*	15.61	14.02*	5.85	29.98*	5.35
PPC								
Sin SP-OB	1.11	1.81	31.23	15.42	11.51	4.91	28.87	5.52
Con SP-OB	2.75*	2.52	43.95*	13.89	16.37*	5.73	31.56*	5.11

Nota: EE = Estigma experimentado, EI = Estigma internalizado, EA = Estigma anticipado, CdE = Consciencia del estigma, IMC= Índice de masa corporal, PPC = Percepción del peso corporal, * $p < .01$. Prueba U de Mann – Whitney, $n = 782$

Objetivo específico 2

Describir las conductas de alimentación 1) adaptativas: a) comer intuitivo b) alimentación consciente y 2) mal adaptativas: a) restricción cognitiva b) comer emocional y c) comer sin control y establecer diferencias de acuerdo con el sexo, IMC y PPC.

Para responder al segundo objetivo específico se presenta la descripción de las variables analizadas a través de medidas de tendencia central para variables continuas.

Para el IMC y PPC se mantuvieron las categorías señaladas en el primer objetivo. Se realizó prueba no paramétrica U de Mann – Whitney para variables con distribución no normal.

En el grupo de conductas adaptativas, en el comer intuitivo no se observaron diferencias estadísticas entre hombres y mujeres ($p = .856$). Se observó una diferencia estadística por índice nutricio entre el grupo con SP-OB ($p < .001$) y el grupo sin SP-OB. De igual manera, por PPC, se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo con SP-OB ($p < .001$) y sin SP-OB. En alimentación consciente se observaron diferencias estadísticamente significativas de acuerdo con el sexo ($p < .001$), por el índice nutricio no presentaron diferencias estadísticamente significativas ($p = .094$), mientras que por PPC si se observaron diferencias estadísticas ($p < .001$) (ver Tabla 6).

Tabla 6

<i>Estadística descriptiva de las conductas adaptativas por sexo, IMC y PPC</i>						
Variable	Comer Intuitivo			Alimentación Consciente		
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>P</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>p</i>
Sexo						
Mujer	20.35	4.49	.856	42.06	7.31	.000
Hombre	20.41	4.79		40.22	7.23	
Índice nutricio						
Sin SP-OB	20.81	4.62	.000	40.47	7.16	.094
Con SPOB	19.60	4.43		41.42	7.53	
PPC						
Sin SP-OB	20.76	4.55	.000	40.36	7.13	.000
Con SP-OB	18.20	4.20		43.36	7.78	

Nota: *M* = Media, *DE* = Desviación estándar, *p* = Nivel de significancia, PPC = Percepción del peso corporal, Sin SP-OB = Sin sobrepeso y obesidad, Con SP-OB = Con sobrepeso y obesidad. Prueba U de Mann – Whitney, $n = 782$.

Para el grupo de conductas de alimentación mal adaptativas, la restricción cognitiva presentó diferencias estadísticas de acuerdo con el sexo ($p = .001$), al índice nutricio ($p < .001$) y a la PPC ($p = .015$). Se observaron diferencias estadísticamente significativas en comer sin control por sexo ($p < .001$), índice nutricio ($p = .002$) y PPC ($p < .001$). Por último, se observaron diferencias estadísticas en el comer sin control al compararlo por sexo ($p = .006$), por índice nutricio ($p = .008$) y por PPC ($p < .001$) (Ver Tabla 7).

Tabla 7

<i>Estadística descriptiva de las conductas mal adaptativas por sexo, IMC y PPC</i>									
Variable	RC			CE			CsC		
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>p</i>
Sexo									
Mujer	15.09	4.25	.001	5.58	2.33	.000	15.48	4.83	.006
Hombre	14.06	3.76		4.95	2.14		16.55	5.37	
Índice nutricio									
Sin SP-OB	14.33	4.29	.000	5.17	2.17	.002	15.39	4.61	.008
Con SPOB	15.51	3.70		5.74	2.44		16.60	5.62	
PPC									
Sin SP-OB	14.61	4.11	.015	5.23	2.20	.000	15.48	4.78	.000
Con SP-OB	15.58	4.14		6.22	2.60		17.81	5.93	

Nota: RC = Restricción cognitiva, CE = Comer emocional, CsC = Comer sin control, *M* = Media, *DE* = Desviación estándar, *p* = nivel de significancia, PPC = Percepción del peso corporal, Sin SP-OB = Sin sobrepeso y obesidad, Con SP-OB = Con sobrepeso y obesidad. Prueba U de Mann – Whitney, $n = 782$.

Objetivo específico 3

Analizar si existe correlación del proceso del estigma: a) estigma experimentado, b) estigma internalizado, c) consciencia del estigma y d) estigma anticipado con las conductas de alimentación adaptativas: a) comer intuitivo, b) alimentación consciente y

conductas de alimentación mal adaptativas: a) restricción cognitiva, b) comer emocional y c) comer sin control.

Para responder al tercer objetivo específico se presentan las correlaciones a través de correlación de Spearman para variables sin distribución normal.

Entre el estigma experimentado y el comer intuitivo se observó una correlación negativa ($p < .001$), mientras que con la alimentación consciente se presentó una correlación positiva ($p < .001$). Con respecto a las conductas de alimentación mal adaptativas se identificó una correlación positiva ($p < .001$). El estigma internalizado presentó correlación negativa con el comer intuitivo ($p < .001$), por el contrario, con la alimentación consciente se presentó una correlación positiva ($p < .001$); con la restricción cognitiva ($p < .001$), comer emocional ($p < .001$) y comer sin control ($p < .001$) se observaron correlaciones positivas. El estigma anticipado presentó correlación negativa con el comer intuitivo ($p < .001$), sin embargo, con la alimentación consciente ($p < .001$) presentó correlación positiva; en cuanto a las conductas mal adaptativas de restricción cognitiva ($p < .001$), comer emocional ($p < .001$) y comer sin control ($p < .001$), se identificaron correlaciones positivas. Por último, la consciencia del estigma también presentó correlación negativa con el comer intuitivo ($p < .001$) y correlación positiva con la alimentación consciente ($p < .001$) y presentaron correlación positiva con la restricción cognitiva ($p < .001$), el comer emocional ($p < .001$) y comer sin control ($p < .001$) (Ver Tabla 8).

Tabla 8

Correlación entre los tipos del estigma y conductas de alimentación adaptativas y

mal adaptativas

Variable	EE	EI	EA	CdE
CI	-.257*	-.290*	-.281*	-.186*
AC	.138*	.328*	.266*	.158*
RC	.184*	.283*	.228*	.172*
CE	.278*	.326*	.335*	.210*
CsC	.224*	.263*	.262*	.137*

Nota: EE= Estigma experimentado, EI= Estigma internalizado, EA= Estigma anticipado, CdE= Consciencia del estigma, CI= Comer intuitivo, AC= Alimentación consciente, RC= Restricción cognitiva, CE= Comer emocional y CsC= Comer sin control. $*p < .001$, prueba Rho de Spearman, $n = 782$

Objetivo específico 4

Analizar el efecto de mediación de la consciencia de estigma y el estigma internalizado en la relación del estigma experimentado y el estigma anticipado.

Para responder al cuarto objetivo específico se presentan el modelo de las variables analizadas del proceso del estigma (estigma experimentado, estigma internalizado, estigma anticipado y consciencia del estigma), mediante el modelo de mediación $EE \rightarrow CdE \rightarrow EI \rightarrow EA$.

En las relaciones parciales se observó que la ruta a1, del estigma experimentado a la consciencia del estigma ($EE \rightarrow CdE$) el efecto explica el 9% de la relación ($r^2 = .090$, $p < .001$), en la ruta del estigma experimentado al estigma internalizado que pasa por b21 ($CdE \rightarrow EI$) y b2 ($EE \rightarrow EI$) también se observa un efecto, que explica el 22% ($r^2 = .220$, $p < .001$). Por último, la ruta del estigma experimentado al estigma anticipado se identificó efecto en las rutas b2 ($EE \rightarrow EA$), b1 ($CdE \rightarrow EA$) y C' ($EE \rightarrow EA$) el cual explica el 42% ($r^2 = .422$, $p < .001$) (Ver Tabla 9).

Tabla 9

Análisis del modelo de mediación del estigma

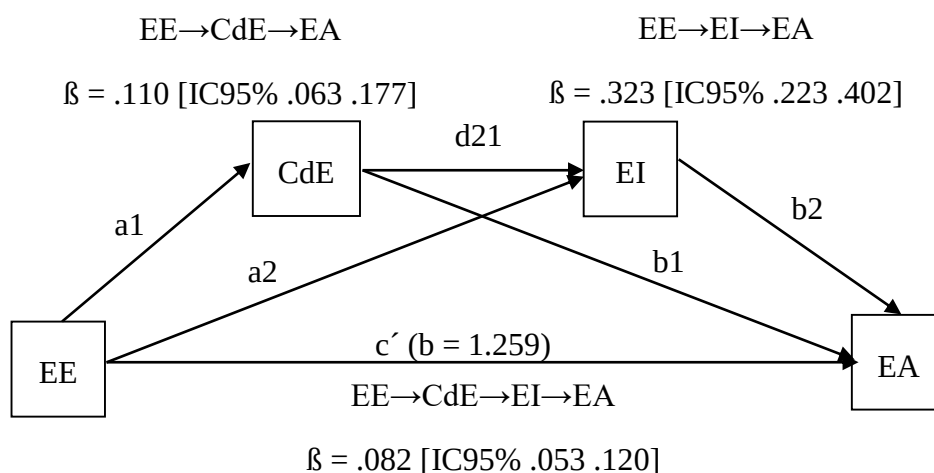
				Intervalo de confianza 95%	
Ruta de variable	Coeficiente	DE	p	Inferior	Superior
EE → EA					
a1: EE → CdE	.301	.094	.001	.238	.363
b1: CdE → EA	.140	.029	.001	.081	.203
d21: CdE → EI	.267	.095	.001	.194	.334
a2: EE → EI	.314	.260	.001	.250	.379
b2: EI → EA	.390	.010	.001	.324	.460
C': EE → EA	.303	.079	.001	.2.39	.374

Nota: EE= Estigma experimentado, CdE= Conciencia del estigma, EI= Estigma internalizado, EA= Estigma anticipado, $*p < .001$, $n = 782$

Se identificó un efecto directo entre el estigma experimentado y el estigma anticipado ($\beta = .799$ $DE = .07$, $p < .001$ IC95% [.642 .955]), así como efecto indirecto mediado por la conciencia del estigma ($EE \rightarrow CdE \rightarrow EA$), otro mediado por el estigma internalizado ($EE \rightarrow EI \rightarrow EA$) y mediación por ambas variables $EE \rightarrow CdE \rightarrow EI \rightarrow EA$ (Ver Figura 6).

Figura 6

Modelo de mediación del proceso del estigma del peso



Objetivo específico 5

El objetivo 5 planteó explorar el efecto del proceso de estigma: a) estigma experimentado, b) estigma internalizado, c) conciencia del estigma y d) estigma anticipado sobre 1) conductas de alimentación adaptativas: a) alimentación consciente y b) comer intuitivo y conductas de alimentación mal adaptativas: a) comer emocional, b) restricción cognitiva y c) comer sin control y características individuales: a) sexo, b) edad, c) IMC y c) PPC.

Para responder al objetivo 5 se presentan los modelos de regresión lineal múltiple para 1) las conductas de alimentación adaptativas: a) comer intuitivo y b) alimentación consciente y 2) conductas de alimentación mal adaptativas: a) restricción cognitiva, b)

comer emocional y c) comer sin control. Para el análisis de las variables de cada modelo se empleó el método intro.

En el modelo para las conductas de alimentación adaptativas, el comer intuitivo obtuvo $F = 27.612$, $gl = 4$, $p < .001$ y $r^2 = .124$. Las variables predictoras fueron el estigma experimentado ($\beta = -.129$, $p = .001$), estigma internalizado ($\beta = -.120$, $p = .004$), estigma anticipado ($\beta = -.104$, $p = .019$) y PPC ($\beta = -.125$, $p = .001$) (Ver Tabla 10).

Tabla 10

<i>Modelo de regresión múltiple para comer intuitivo</i>								
Variable	Modelo 1				Modelo 2			
	B	DE	β	p	B	DE	β	p
Constante	24.803	2.126		.000	24.785	.564		.000
EE	-.285	.090	-.125	.002	-.293	.089	-.129	.001
EI	-.030	.012	-.103	.016	-.035	.012	-.120	.004
EA	-.087	.039	-.101	.024	-.089	.038	-.104	.019
CdE	-.046	.031	-.05	.133				
PPC	-.557	.161	-.163	.001	-.426	.125	-.125	.001
IMC	.073	.050	-.066	.145				
Sexo	.056	.336	.006	.867				
Edad	-.008	.080	-.003	.923				

Nota: B = Coeficiente no estandarizado, DE = Desviación estándar, β = Coeficiente estandarizado, p = Valor de significancia, EE = Estigma experimentado, EI = Estigma internalizado, EA = Estigma anticipado, CdE = Consciencia del estigma, PPC = Percepción Personal del Peso, IMC= Índice de Masa Corporal, $n = 782$

En la alimentación consciente, se observó una $F = 35.338$, $gl = 4$, $p < .001$ y $r^2 = .158$. Las variables que predicen el modelo fueron el estigma internalizado ($\beta = .232$, $p < .001$), el estigma anticipado ($\beta = .171$, $p < .001$), el sexo (mujer) ($\beta = -.139$, $p < .001$) y la edad ($\beta = .094$, $p = .005$) (Ver Tabla 11).

Tabla 11

Modelo de regresión múltiple para alimentación consciente

Variable	Modelo 1				Modelo 2			
	B	DE	β	P	B	DE	β	p
Constante	30.997	3.330		.000	30.797	2.784		.000
EE	-.008	.141	-.002	.953				
EI	.098	.019	.212	.000	.107	.018	.232	.000
EA	.226	.061	.165	.000	.234	.055	.171	.000
CdE	.054	.048	.041	.266				
PPC	.368	.253	.068	.146				
IMC	-.111	.078	-.063	.154				
Sexo	-2.145	.526	-.137	.000	-2.166	.518	-.139	.000
Edad	.348	.128	.091	.007	.359	.127	.094	.005

Nota: B = Coeficiente no estandarizado, DE = Desviación estándar, β = Coeficiente estandarizado, p = Valor de significancia, EE = Estigma experimentado, EI = Estigma internalizado, EA = Estigma anticipado, CdE = Consciencia del estigma, PPC = Percepción Personal del Peso, IMC= Índice de Masa Corporal, n= 782

Para las conductas de alimentación mal adaptativas, el modelo para restricción cognitiva presentó una $F = 23.172$, $gl = 5$, $p < .001$ y $r^2 = .130$; las variables que lo explican fueron el estigma internalizado ($\beta = .220$, $p < .001$), la consciencia del estigma ($\beta = .094$, $p = .010$), la PPC ($\beta = .128$, $p = .001$), el sexo (mujeres) ($\beta = .101$, $p = .003$) y edad ($\beta = .005$, $p = .005$) (Ver Tabla 12).

Tabla 12

Modelo de regresión múltiple para restricción cognitiva

Variable	Modelo 1				Modelo 2			
	B	DE	β	p	B	DE	β	p
Constante	11.844	1.908		.000	12.225	1.750		.000
EE	.132	.081	.065	.102				
EI	.053	.011	.204	.000	.057	.010	.220	.000
EA	-.003	.035	-.004	.924				

Variable	Modelo 1				Modelo 2			
	B	DE	β	<i>p</i>	B	DE	β	<i>p</i>
CdE	.062	.028	.084	.025	.070	.027	.094	.010
PPC	.323	.145	.105	.026	.393	.113	.128	.001
IMC	.023	.045	.023	.611				
Sexo	.871	.302	.099	.004	.887	.301	.101	.003
Edad	-.206	.073	-.096	.005	-.208	.073	-.097	.005

Nota: B = Coeficiente no estandarizado, DE = Desviación estándar, β = Coeficiente estandarizado, *p* = Valor de significancia, EE = Estigma experimentado, EI = Estigma internalizado, EA = Estigma anticipado, CdE = Consciencia del estigma, PPC = Percepción Personal del Peso, IMC= Índice de Masa Corporal, *n*= 782

En el comer emocional se obtuvo una $F = 36.631$, $gl = 4$, $p < .001$ y $r^2 = .159$; las variables predictoras del modelo fueron el estigma experimentado ($\beta = .103$, $p = .008$), estigma internalizado ($\beta = .181$, $p < .001$), estigma anticipado ($\beta = .176$, $p < .001$) y el sexo (mujeres) ($\beta = .099$, $p = .003$) (Ver Tabla 13).

Tabla 13

Modelo de regresión múltiple para comer emocional

Variable	Modelo 1				Modelo 2			
	B	DE	β	<i>p</i>	B	DE	β	<i>p</i>
Constante	2.637	1.041		.012	2.606	.331		.000
EE	.106	.044	.093	.017	.116	.044	.103	.008
EI	.023	.006	.160	.000	.026	.006	.181	.000
EA	.069	.019	.160	.000	.076	.018	.176	.000
CdE	.022	.015	.053	.148				
PPC	.100	.079	.058	.207				
IMC	-.010	.024	-.018	.682				
Sexo	.491	.165	.100	.003	.487	.162	.099	.003
Edad	-.032	.040	-.027	.420				

Nota: B = Coeficiente no estandarizado, DE = Desviación estándar, β = Coeficiente estandarizado, p = Valor de significancia, EE = Estigma experimentado, EI = Estigma internalizado, EA = Estigma anticipado, CdE = Consciencia del estigma, PPC = Percepción Personal del Peso, IMC= Índice de Masa Corporal, $n= 782$

Por último, el comer sin control obtuvo una $F = 29.466$, $gl = 4$, $p < .001$ y $r^2 = .134$; el estigma experimentado ($\beta = .094$, $p = .017$), el estigma internalizado ($\beta = .142$, $p = .001$), el estigma anticipado ($\beta = .189$, $p = .000$) y el sexo (mujer) ($\beta = -.127$, $p = .000$) fueron las variables que explican el modelo (Ver Tabla 14).

Tabla 14

Modelo de regresión múltiple para comer sin control

Variable	Modelo 1				Modelo 2			
	B	DE	β	p	B	DE	β	p
Constante	11.351	2.327		.000	14.124	.739		.000
EE	.215	.099	.086	.030	.233	.097	.094	.017
Variable	Modelo 1				Modelo 2			
	B	DE	β	p	B	DE	β	p
EI	.041	.014	.130	.002	.045	.013	.142	.001
EA	.167	.042	.177	.000	.178	.041	.189	.000
CdE	.028	.034	.031	.402				
PPC	.018	.177	.005	.920				
IMC	.032	.054	.027	.552				
Sexo	-1.343	.368	-.125	.000	-1.366	.361	-.127	.000
Edad	.066	.089	.025	.461				

Nota: B = Coeficiente no estandarizado, DE = Desviación estándar, β = Coeficiente estandarizado, p = Valor de significancia, EE = Estigma experimentado, EI = Estigma internalizado, EA = Estigma anticipado, CdE = Consciencia del estigma, PPC = Percepción Personal del Peso, IMC= Índice de Masa Corporal, $n = 782$

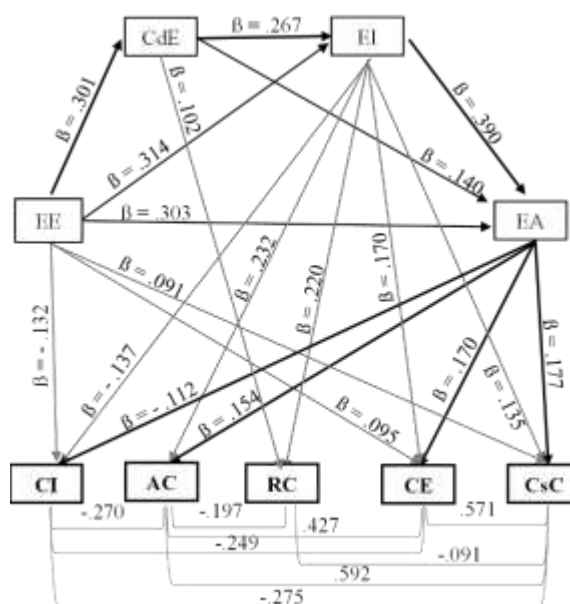
Objetivo General

Evaluar el poder explicativo de la teoría de rango medio Modelo del Proceso del Estigma del Peso: a) estigma experimentado, b) estigma internalizado, c) estigma anticipado y d) la consciencia del estigma sobre: 1) las conductas de alimentación adaptativas: a) alimentación consciente y b) comer intuitivo y 2) conductas de alimentación mal adaptativas: a) restricción cognitiva, b) comer emocional y c) comer sin control. Para responder al objetivo general se presenta el Modelo de Ecuaciones Estructurales.

El modelo se compuso por un total de 17 variables ($\chi^2 = .000$, $gl = 0$), los valores de correlación múltiple cuadrado para las variables analizadas fueron para consciencia del estigma (CdE) $R^2m = .091$ (IC95% .057 .132) $p = .001$, estigma internalizado (EI) $R^2m = .221$ (IC95% .166 .284) $p = .001$, estigma anticipado (EA) $R^2m = .422$ (IC95% .355 .482) $p = .002$, comer intuitivo (CI) $R^2m = .114$ (IC95% .074 .157) $p = .003$, alimentación consciente (AC) $R^2m = .125$ (IC95% .078 .166) $p = .003$, comer sin control (CsC) $R^2m = .116$ (IC95% .065 .167) $p = .002$, comer emocional (CE) $R^2m = .152$ (IC95% .102 .202), $p = .002$ y restricción cognitiva (RC) $R^2m = .107$ (IC95% .066 .149) $p = .003$ (ver Figura 7).

Figura 7.

Modelo del proceso del estigma del peso, conductas adaptativas y mal adaptativas



Se observaron cuatro efectos de mediación indirectos significativos, el primero fue en la ruta de $EE \rightarrow CdE \rightarrow EI \rightarrow EA \rightarrow CI$ ($\beta = -.008$ IC95% $[-.016 \text{ } -.002]$, $p = .012$), el segundo en la ruta $EE \rightarrow CdE \rightarrow EI \rightarrow EA \rightarrow AC$ ($\beta = .017$ IC95% $[.007 \text{ } .036]$, $p = .002$), el tercero se observó en la ruta $EE \rightarrow CdE \rightarrow EI \rightarrow EA \rightarrow CE$ ($\beta = .006$ IC95% $[.003 \text{ } .011]$, $p < .001$) y el cuarto en la ruta $EE \rightarrow CdE \rightarrow EI \rightarrow EA \rightarrow CsC$ ($\beta = .014$ IC95% $[.007 \text{ } .026]$, $p < .001$) y la ruta no significativa fue $EE \rightarrow CdE \rightarrow EI \rightarrow EA \rightarrow RC$ ($\beta = .001$ IC95% $[-.005 \text{ } .007]$, $p = .622$) (ver Tabla 15).

Tabla 15

Efectos de mediación del proceso del estigma por conductas adaptativas y mal adaptativas

Ruta	Efecto indirecto		Efecto Total		%
	Estimación	<i>p</i>	Estimación	<i>p</i>	
	STD		STD		
$EE \rightarrow CdE \rightarrow EA \rightarrow CI$	-.064	.001	-.124	.001	51
$EE \rightarrow CdE \rightarrow EA \rightarrow AC$	.099	.001	.124	.001	79
$EE \rightarrow CdE \rightarrow EA \rightarrow RC$	.064	.001	.166	.001	38
$EE \rightarrow CdE \rightarrow EA \rightarrow CE$	.087	.001	.153	.001	56
$EE \rightarrow CdE \rightarrow EA \rightarrow CsC$	.079	.001	.097	.016	81
$EE \rightarrow EI \rightarrow EA \rightarrow CI$	-.044	.015	-.181	.001	24
$EE \rightarrow EI \rightarrow EA \rightarrow AC$	.060	.003	.292	.002	20
$EE \rightarrow EI \rightarrow EA \rightarrow RC$	.009	.625	.229	.001	-
$EE \rightarrow EI \rightarrow EA \rightarrow CE$	.066	.001	.236	.001	27
$EE \rightarrow EI \rightarrow EA \rightarrow CsC$	.069	.000	.204	.001	33

Nota: STD = estándar, *p* = significancia, EE = estigma explícito, CdE = consciencia del estigma, EI = estigma internalizado, EA = estigma anticipado, CI = comer intuitivo, AC = alimentación consciente, RC = restricción cognitiva, CE = comer emocional, CsC = comer sin control, $n = 782$

Discusión

El objetivo de este estudio fue evaluar el poder explicativo de la Teoría de Rango Medio Modelo del Proceso del Estigma del Peso considerando como variables independientes: 1) características personales: a) IMC, b) autopercepción del peso, c) sexo y d) edad; 2) proceso del estigma: a) estigma experimentado, b) el estigma internalizado, c) el estigma anticipado y d) la consciencia del estigma; variables dependientes: 3) conductas de alimentación adaptativas: a) alimentación consciente y b) comer intuitivo y 4) mal adaptativas: a) comer emocional, b) restricción cognitiva y c) comer sin control.

Se observó que el sobrepeso en la población estudiada se encuentra en niveles similares a los reportados en México de acuerdo con la Encuesta Nacional de Nutrición (ENSANUT 2022) la cual sitúa la prevalencia en personas mayores de 20 años por arriba de un tercio de la población, por sexo la prevalencia es mayor en hombres que en mujeres (Campos-Nonato et al., 2023), lo cual fue similar a los resultados obtenidos en el presente trabajo.

En cuanto a la obesidad en mayores de 20 años, la prevalencia a nivel nacional es mayor en mujeres que en hombres (Campos-Nonato et al., 2023), lo cual difiere en el presente estudio, dónde la obesidad se presentó por debajo. Por sexo, la población estudiada también presentó niveles inferiores a los reportados en México y al comparar entre ambos grupos se encontraron en niveles muy similares entre sí, variando únicamente en un punto porcentual entre la prevalencia de ambos grupos, mientras que a nivel nacional la diferencia entre grupos es de 9 puntos porcentuales; estos resultados son similares con lo identificado por Shafiee et al. (2024). Esto puede deberse a que el incremento en la prevalencia de la obesidad en mayores de 20 años está relacionado con el incremento de la edad, en el cual por cuestiones fisiológicas se alcanzan los niveles más altos entre los 40 y 50 años (Mathus-Vliegen et al., 2012), un segundo aspecto es que un nivel de escolaridad mayor se asocia con mejor acceso individual a bienes y servicios relacionados con mejor alimentación y mayores conocimientos relacionados con la salud, siendo las personas con estudios a nivel universitario quienes tienen menos

posibilidades de desarrollar obesidad en comparación con aquellas con menor grado de estudios (Fernandes et al., 2015).

La percepción del peso en dos terceras partes de la población estudiada fue subestimada, es decir, los participantes consideran que presentan un peso menor al peso real medido, mientras que una menor proporción perciben que su peso es mayor al que en realidad presentan, lo cual concuerda con hallazgos como los reportados por Robinson et al. (2020) y Frank et al. (2018) quienes obtuvieron resultados similares. Una posible explicación del porque se presenta esta situación puede ser debido a la normalización del punto de diferencia, como lo señalan Oldham & Robinson (2018) la forma y peso de las personas que nos rodean en nuestra vida cotidiana se normaliza a tal grado que la persona puede perder en cierto grado la perspectiva para diferenciar cuando se tiene SP-OB y cuando no. Otro aspecto que destacar es que las personas jóvenes tienden a minimizar su peso como mecanismo de defensa psicológico (Nishida et al., 2019; Wilson et al., 2021), para evitar sentirse catalogados con la etiqueta de sobrepeso, particularmente en los jóvenes, quienes experimentan marginalización y burlas por parte de sus pares (Zhang et al., 2021). Este es un aspecto de relevancia, ya que las personas que tienen una percepción de su peso incorrecta pueden tener mayores dificultades para identificar problemas de salud, así como para establecer acciones para modificarlo.

El objetivo específico 1 fue describir el proceso del estigma (experimentado, internalizado, consciencia y anticipado) y establecer las diferencias de acuerdo al sexo, IMC y PPC, en el presente estudio se observó que tanto en el estigma experimentado e internalizado no mostraron diferencias de acuerdo con el sexo, lo cual concuerda con resultados obtenidos por Xu et al. (2022), en un estudio realizado en estudiantes universitarios de China y al realizado por Elboim-Gabyzon et al. (2020) en Israel en estudiantes universitarios de terapia física. Estos resultados posiblemente sean debido a que el estigma del peso puede presentarse, principalmente en mujeres (Johnstone & Grant, 2019; Taroza & Pessa, 2020), aunque esto podría deberse a que múltiples estudios se enfocaron en estudiar el estigma del peso en poblaciones compuestas primordialmente por mujeres (Allison & Lee, 2015; Davis & Sekula, 2018; Musaiger & Al-Mannai, 2013; Shin et al., 2017; Sikorski et al., 2013; Sun et al., 2022; Webb & Hardin, 2016), sin embargo, recientemente se ha identificado que los hombres también

experimentan estigma del peso de maneras similares que las mujeres (Lee et al., 2021), ya que en la actualidad las cuestiones sociales, estructurales y mediáticas sobre los estándares físicos, generan que ambos sexos estén propensos a presentar estigma del peso (Pearl, 2018).

Se identificó en los resultados del presente estudio que las personas con SP-OB presentan mayor estigma experimentado, internalizado, anticipado y consciencia del estigma que aquellas sin SP-OB, estos resultados concuerdan con los observados por Prunty et al. (2020) y Kamolthip et al. (2022). Esto podría deberse a que el estigma del peso impulsa creencias, actitudes y conductas contra las personas con motivo de su peso corporal, lo cual es explicado mediante el Modelo Conceptual de Estigma en Salud, ya que este grupo es portador de la marca causante del estigma del que son objeto, lo cual se acentúa mediante las características de no poderse ocultar, de controlabilidad y colectividad (Major et al., 2017), por lo cual existe un conflicto de identidad social y de estructuras sociales (Islam, 2014), esto a su vez puede conllevar afectaciones psicológicas o emocionales que pueden impactar en mayor medida a aquellas personas con SP-OB (Tomiyama et al., 2018).

El objetivo específico 2 correspondiente a describir las conductas de alimentación adaptativas (comer intuitivo y alimentación consciente) y las mal adaptativas (restricción cognitiva, comer emocional y comer sin control). Se observó que, de las conductas de alimentación adaptativas, el comer intuitivo no presentó diferencias estadísticas entre hombres y mujeres, lo cual difiere de los resultados obtenidos por Argyrides & Anastasiades (2022), Jackson et al. (2022) y Burnette et al. (2023). Se ha observado que los hombres presentan mayores niveles de comer intuitivo que las mujeres, esto debido a que en países occidentales existe una mayor presión cultural sobre las mujeres con respecto a los estándares del cuerpo hacia ciertos tipos de físico; lo cual puede conllevar a que se sientan menos motivadas a confiar en las señales de hambre y saciedad en comparación de los hombres (Linardon et al., 2021). Sin embargo, como lo señala el Modelo Conceptual del Estigma en Salud, experimentar estigma puede influir en las respuestas conductuales de las personas afectando los mecanismos regulatorios y por consiguiente las decisiones que toman y las acciones que

realizan (Major et al., 2017), como en este caso donde el estigma del peso experimentado e internalizado están presentes de forma similar en ambos sexos.

La alimentación consciente presentó diferencias estadísticamente significativas de acuerdo con el sexo, siendo mayor en las mujeres; esto concuerda con los resultados obtenidos en el estudio realizado por Ersöz Alan et al. (2022); sin embargo, difieren de los resultados obtenidos por Jacob & Panwar (2023). Algunas revisiones sistemáticas como la realizada por Grider et al. (2021) refieren que no hay datos concluyentes sobre diferencias de acuerdo con el sexo. Un aspecto para considerar por el cual podrían explicarse los resultados obtenidos es que la alimentación consciente tiene implicaciones de relación sensorial con la comida como prestar atención al momento, los aromas y texturas de la comida (Nelson, 2017), aspectos que son favorecidos culturalmente en las mujeres en mayor medida (Grzymisławska et al., 2020), con lo cual podrían desarrollar una mayor percepción de los alimentos saludables y no saludables (Bärebring et al., 2020; Lee & Allen, 2021).

Por otra parte, las conductas de alimentación mal adaptativas presentaron diferencias estadísticamente significativas de acuerdo con el sexo; en restricción cognitiva y comer emocional la media fue mayor en las mujeres, mientras que en comer sin control la media fue mayor en los hombres. Lo anterior difiere de los estudios realizados por Kamolthip et al. (2022) llevado a cabo en Hong Kong y Taiwán, así como el realizado por Abdella et al. (2019) en Inglaterra y concuerda con los resultados obtenidos en Chile por Pacheco et al. (2021). Una explicación puede darse debido a los estándares culturales de imagen, belleza y tipos de cuerpo que se tienen en sociedades occidentales pueden conllevar a generar conductas mal adaptativas como el comer emocional y restricción cognitiva que pueden presentarse en mayor medida en las mujeres (Banna et al., 2018; Verzijl et al., 2018).

En cuanto a las conductas de alimentación adaptativas de acuerdo con el IMC, se presentaron diferencias estadísticas en el comer intuitivo en personas sin SP-OB, estos resultados concuerdan con lo reportado por Argyrides y Anastasiades (2022), Dyke y Drinkwater (2014) y Eaton et al. (2024). Esta situación podría ser explicada debido a que las personas que tienen niveles más altos de comer intuitivo tienden a mantener un nivel de peso más estable a lo largo de los años, particularmente se ha observado que

estudiantes universitarios que tienen altos niveles de comer intuitivo son aquellos con niveles de IMC más bajos, aunque la evidencia disponible parece indicar que no consigue disminuir el peso de manera consistente, si permite mantener los mismos niveles de IMC, (Van Dyke & Drinkwater, 2014), una teoría de porque sucede esto, es debido a que las personas con sobrepeso y obesidad presentan alteraciones en la percepción de las señales naturales sobre el hambre y saciedad que les dificultan el identificarlas apropiadamente (Grider et al., 2021).

La alimentación consciente no presentó diferencias con respecto al IMC, lo cual concuerda parcialmente con lo observado en la revisión sistemática realizada por Eaton et al (2024), en la cual, de los estudios integrados en la revisión algunos encontraron diferencias y otros no. Parece existir una tendencia a que las personas con menor IMC presenten conductas de alimentación adaptativas como el comer intuitivo y la alimentación consciente, ya que estas conductas parten de la idea que la persona desarrolla una consciencia para saber interpretar las señales que su cuerpo le envía con respecto a que comer y cuanto comer. Sin embargo, el contexto cultural genera múltiples barreras que implica varias limitantes para comer adecuadamente, por ejemplo, la relación que se tiene con los alimentos en el día a día, al interior de la familia, en el lugar de trabajo/estudio y al reconocer situaciones como la calidad y cantidad de los alimentos que consumir son aprendidos social y culturalmente (Chatham & Mixer, 2020). Por lo que muchas personas, particularmente aquellas con SP-OB, podrían tener dificultades para reconocer de manera adecuada situaciones como el hambre y saciedad, las porciones adecuadas y los alimentos de mejor calidad nutrimental (Van Dyke & Drinkwater, 2014).

En las conductas de alimentación mal adaptativas se observaron diferencias estadísticamente significativas por IMC, observándose puntajes mayores en las personas con SP-OB para las tres conductas de alimentación (restricción cognitiva, comer emocional y comer sin control), lo cual concuerda con los resultados obtenidos por Lohan et al. (2022). Una de las posibles explicaciones podría estar relacionada con aspectos socioculturales como los entornos obesogénicos y la consecución de conductas de alimentación adquiridas desde la infancia que se preservan hasta la edad adulta y que son particularmente difíciles de cambiar principalmente en aquellas personas con SP-OB

(Aceves-Martins et al., 2016; Katzmarzyk et al., 2019). Otro aspecto es que los jóvenes, durante esta etapa de su vida tienen mayor independencia, por lo que son más propensos a desarrollar conductas de alimentación mal adaptativas debido a la falta de tiempo y la alta disponibilidad de alimentos hipercalóricos lo cual se ve acentuado en aquellos que presentan IMC más altos (Sprake et al., 2018). Por último, los mecanismo que emplean para el manejo del estrés también está presente en esta población, ya que se trata de un grupo que se encuentra en una etapa de transición entre la adolescencia y la adultez, así como la situación escolar que implican una mayor demanda de tiempo y de actividades con lo que se pueden desarrollar conductas de alimentación mal adaptativas para afrontar el estrés al cual están sometidos en el día a día (Hampton-Anderson & Craighead, 2021; Hootman et al., 2018).

En el objetivo específico 3 se analizó la relación del proceso del estigma (estigma experimentado, internalizado, consciencia del estigma y anticipado) y las conductas de alimentación adaptativas (comer intuitivo y alimentación consciente) y mal adaptativas (restricción cognitiva, comer emocional y comer sin control).

Se identificó que, entre el estigma experimentado, internalizado, anticipado y consciencia del estigma y las conductas de alimentación mal adaptativas (restricción cognitiva, comer emocional y comer sin control) existe correlación. Lo anterior concuerda con lo reportado en dos revisiones sistemáticas, la primera realizada por Vartanian & Porter (2016) y la segunda realizada por Levinson et al. (2024), así como los estudios realizados por O'Brien et al. (2016) y por Wang et al. (2020). Esto puede explicarse mediante el Modelo Conceptual del Proceso del Estigma en la Salud, ya que las diferentes facetas del estigma pueden tener repercusiones negativas en aspectos psicológicos de las personas como son ansiedad, depresión y estrés; estas emociones pueden reforzar las ideas de estigmatización del peso a partir del estigma experimentado. Posterior a vivir esas experiencias, el estigma se interioriza generando aceptación de las etiquetas y prejuicios con lo cual se puede incrementar la anticipación de ser estigmatizado, esto puede generar conductas de alimentación mal adaptativas (comer emocional, comer sin control y restricción cognitiva) ya que funcionan como mecanismos de regulación de las emociones negativas que la persona experimenta a

causa del estigma del peso (Major et al., 2017; Tomiyama, 2014; Tomiyama et al., 2018).

Por otra parte, las conductas de alimentación adaptativas presentaron correlación significativa con los diferentes tipos de estigma, la alimentación consciente fue correlación positiva y el comer intuitivo presentó correlación negativa. Lo anterior concuerda con Braun et al. (2021, 2022), Webb y Hardin (2016) con respecto al comer intuitivo. Esto puede ser explicado debido a que las conductas de alimentación adaptativas como el comer intuitivo y la alimentación consciente buscan hacer que la persona desarrolle un discernimiento sobre la alimentación centrándose en los aspectos sensoriales del acto de comer, eliminando los aspectos prejuiciosos y juicios de valor sobre los alimentos, logrando potenciar así la identificación de hambre y saciedad (Mantzios, 2023). En el comer intuitivo puede resultar más sencillo identificar y reconocer las señales fisiológicas del cuerpo para saber cuándo y cuánto comer, lo cual permite a la persona tener mayor capacidad para discernir entre porciones y cuando come por hambre y cuando por alguna emoción, lo que puede ayudar a moderar tanto el tipo, como la calidad de alimentos que consume (Christoph et al., 2021a; Jackson et al., 2022). Por otra parte, la alimentación consciente se centra en la relación de la persona con la comida, la textura y los sabores, enfocándose principalmente en disfrutar la comida y vivir el aquí y el ahora del momento de comer, lo cual no garantiza que la persona sea capaz de limitar el consumo de alimentos hipercalóricos o de disminuir las porciones de alimentos que consume (Grider et al., 2021; Nelson, 2017). En ambos casos, el estigma del peso, mediante sus diferentes facetas (estigma experimentado, consciencia del estigma, estigma internalizado y estigma anticipado), pueden generar respuestas psicológicas como ansiedad, estrés, tristeza (Stangl et al., 2019; Westbury et al., 2023), adicionalmente el estigma del peso puede acentuar creencias negativas y prejuicios sobre la capacidad y fuerza de voluntad de la persona (Elran-Barak & Bar-Anan, 2018; Ksinan et al., 2017; Usta et al., 2021) dando como consecuencia que se presenten mecanismos de afrontamiento mediante la comida (Levinson et al., 2024; Vartanian & Porter, 2016), que en el caso del comer intuitivo dificulta la identificación correcta de la señales corporales para saber cuánto comer (Meadows & Higgs, 2019); estos mecanismos pueden generar experiencias de satisfacción ante la comida derivado

de situaciones negativas que se pueden confundir en la alimentación consciente al reconocer que son aspectos negativos para la salud, con lo cual podría considerarse que experimentar estigmatización no modifica reconocer el momento y los aspectos sensoriales de los alimentos, pero sin disminuir su consumo y sin considerar aspectos nutricionales (Silberstein et al., 2012; Tapper, 2022).

Para el objetivo específico 4 analizar el efecto de mediación de la consciencia del estigma y el estigma internalizado en la relación del estigma experimentado y el estigma anticipado. En el presente estudio se observó que existe un efecto mediador indirecto, siendo el estigma internalizado el que explica la mayoría de efecto observado. Lo anterior concuerda con lo observado por O'Brien et al. (2016) y Wetzel & Himmelstein (2023), sin embargo, existen pocos estudios que consideran los múltiples tipos de estigma y el efecto mediación que pueden tener entre ellos (Scheim & Bauer, 2019).

Una posible explicación es que al considerar al estigma del peso como un proceso, de acuerdo con el Modelo Conceptual del Estigma en la Salud (Major et al., 2017), al experimentar estigma se genera el desarrollo de consciencia de ser estigmatizado, lo cual puede conllevar a la internalización y esto podría tener como consecuencia el incremento de la anticipación, con lo cual la persona se vuelve altamente vigilante ante situaciones que tal vez no eran consideradas estigmatizantes (Castro et al., 2019; Hunger et al., 2020; Wetzel & Himmelstein, 2023), sin embargo la persona las podría percibir de esta manera y por consiguiente haber un incremento en la percepción de experiencias estigmatizantes ya que se genera un ciclo de estigmatización continuo (Lee et al., 2024). Esto puede generar respuestas psicológicas negativas que dificultarán a la persona conseguir sus metas de peso, modificar conductas de alimentación o buscar ayuda profesional para mejorar su estado de salud (Major et al., 2014; Tomiyama, 2014; Tomiyama et al., 2018).

Entender que cada faceta del proceso del estigma del peso corresponde a un momento específico al ser estigmatizado, se presentan en interrelaciones intra e interpersonales distintas en cada una (Major et al., 2017), con características particulares que pueden actuar de manera específica y distintos niveles, pudiendo generar como respuesta mecanismos de afrontamiento a través de las conductas de alimentación adaptativas y mal adaptativas (Mensing et al., 2023; Wetzel & Himmelstein, 2023,

2024; Yoon et al., 2022), esto podría ayudar a explicar parte de la manera en que se relacionan dichas variables. Cabe destacar que aún existen pocas evidencias empíricas que contemplen el estigma como proceso y particularmente el estigma anticipado ha sido poco abordado en comparación con los otros tipos de estigma, dado que, hasta el momento de realización de este trabajo sólo se identificó un estudio que lo aborda (Hunger et al., 2020).

Con respecto al objetivo 5 el cual buscó analizar la relación entre el proceso del estigma (experimentado, internalizado, consciencia del estigma y anticipado) y las conductas de alimentación adaptativas (comer intuitivo y alimentación consciente) y mal adaptativas (restricción cognitiva, comer emocional y comer sin control) y características individuales (sexo, edad, IMC y PPC).

En cuanto a las conductas de alimentación adaptativas, se observó que el modelo de regresión que predice el comer intuitivo está dado por el estigma experimentado, el estigma internalizado y la PPC, lo cual concuerda con Braun et al. (2022) y Webb & Hardin (2016). Una probable explicación de estos resultados es que el comer intuitivo busca desarrollar la capacidad para identificar las señales corporales de hambre y saciedad, por lo que la persona adquiere mayor consciencia sobre el tipo de alimentos que consume, el momento en el que lo hace y si la ingesta es debido a una respuesta emocional o fisiológica (Bruce & Ricciardelli, 2016). Reconocer estos elementos podría limitar el efecto negativo del estigma del peso y por el contrario, el experimentar altos niveles de estigma, puede influir en el incremento del estigma internalizado lo cual podría tener como consecuencia que a la persona se le dificulte identificar las señales del comer intuitivo (Yoon et al., 2022). Ya que el estigma favorece la presencia de pensamientos negativos como el rumiativo definido como un proceso cognitivo caracterizado por pensar de manera reiterativa sólo en los aspectos negativos y los perjuicios que generan, en este caso enfocándose en el peso que la persona presenta, que aunado al estigma del peso puede estar presente en mayor medida en las personas con mayores niveles SP-OB (Kornacka et al., 2021). Por su parte la PPC podría explicarse mediante el Modelo de Estigma del Peso y Decremento del Bienestar Psicológico desarrollado por Tylka et al. (2014), donde la aproximación peso normativa enfatiza la “responsabilidad” de la persona sobre su peso y se enfoca en la pérdida de peso como el

principal componente de salud, lo cual culturalmente enlaza el cuerpo delgado, aspectos que al combinarse con el estigma del peso generan mayor afectaciones psicológicas en las personas que perciben que su peso es inadecuado independientemente de la medición objetiva del mismo. Por lo que una percepción del peso inadecuada ya de sobrevaloración (considerar más peso de que realmente se tiene) o infravaloración (considerar menor peso del real) puede conllevar a la disminución del comer intuitivo (Tylka et al., 2014; Webb & Hardin, 2016).

La alimentación consciente fue explicada por el estigma internalizado, el estigma anticipado, el sexo y la edad, hasta el momento de la realización del presente trabajo no se identificaron estudios que aborden el estigma del peso y la alimentación consciente, sin embargo, Duan & Wang (2019) abordan la relación del estigma experimentado y la consciencia plena (*mindfulness*), de dónde se desprende la alimentación consciente, obteniendo resultados que difieren a los del presente estudio. Esto podría ser explicado debido a que la consciencia plena se enfoca en desarrollar las capacidades de adquirir consciencia centrada en el presente y una actitud sin juzgamientos, lo cual podría disminuir el impacto del estigma del peso (Duan & Li, 2016). Aunque la alimentación consciente preserva los mismos principios de la atención plena, pero enfocados en el acto de comer, principalmente busca que la persona preste atención al tipo de alimentos que consume con respecto al sabor, textura y aromas, sin distracciones externas (Framson et al., 2009; Nelson, 2017); sin embargo, el estigma internalizado conlleva a la auto aceptación de las características negativas sobre el peso, a su vez, el incremento del estigma internalizado podría aumentar el estigma anticipado (Quinn et al., 2015). La anticipación de estigma tiene implicaciones para el desarrollo de estrés que en conjunto con el estigma internalizado puede derivar en el incremento en el consumo de alimentos poco saludables o hipercalóricos como mecanismo de afrontamiento (Hunger et al., 2020; Lee et al., 2021; Tomiyama, 2014). Siendo el estrés el mecanismo por el cual predomina el estigma y en consecuencia el consumo de alimentos poco saludables mediante el comer emocional y comer sin control. Por lo cual, aunque la persona tenga presentes los principios de alimentación consciente, podría desarrollar una vinculación negativa con los alimentos, identificando sabores agradables ante emociones negativas y

situaciones estresantes ocasionadas por la estigmatización entablando una conducta de alimentación de confort (Lee et al., 2024).

En cuanto al sexo, los mecanismos sobre cómo actúa en la alimentación consciente no son del todo claros, algunas de las teorías planteadas sugieren que psicológicamente se regulan tres aspectos clave: consciencia del momento presente, el cual implica prestar atención a las propiedades sensoriales de los alimentos y reducción de la alimentación automática; aceptación, que se refiere a reconocer las emociones que envuelven el comer y desaprender sobre las conductas con las que reacciona ante el deseo de comer (Tapper, 2017, 2022). Algunos estudios han identificado que las mujeres que tienen un mejor manejo de las emociones tienen facilidad para desarrollar los elementos de consciencia, atención y aceptación señalados en la alimentación consciente (Eberth & Sedlmeier, 2012; MacDonald & Baxter, 2017). Sin embargo, es necesario considerar que gran parte de los estudios, identificados en una revisión sistemática, que han sido realizados sobre atención plena (*mindfulness*) enfocados a conductas de alimentación o manejo de peso se caracterizan por ser realizados en mujeres en un porcentaje mucho mayor en comparación con hombres (Grider et al., 2021).

Con respecto a la edad podría ser debido a aspectos de flexibilidad psicológica, ya que las personas más jóvenes tienen mayor capacidad de adaptarse a nuevos aspectos, mayor facilidad a desaprender patrones de conducta y moldear actitudes relacionadas con su interacción con los alimentos, características necesarias para presentar alimentación consciente (Silberstein et al., 2012).

Dentro de las conductas de alimentación mal adaptativas, la restricción cognitiva fue explicada por el estigma internalizado, la consciencia del estigma y la PPC, el sexo y la edad. Los resultados son similares con lo reportado por Levy et al. (2022) quienes observaron el estigma internalizado, sin embargo, Wang et al. (2020) identificaron el estigma experimentado y el sexo. Lo anterior podría ser explicado por los mecanismos de afrontamiento ante las emociones derivadas del peso, las personas con internalización del estigma pueden llegar a desarrollar prácticas de control de peso negativas entre ellas la restricción cognitiva, ya que pueden presentar un mayor deseo o intención de perder peso (Levy et al., 2022; O'Brien et al., 2016). Adicionalmente, el estigma del peso se ha identificado mayormente en mujeres, esto puede ser explicado debido al impacto

sociocultural que se vive con respecto de los estándares de cuerpo y peso que son promovidos por los medios de comunicación y que impactan en mayor medida a las mujeres (Bissell & Parrott, 2013; Clark et al., 2021; Musaiger & Al-Mannai, 2013; Shin et al., 2017). En cuanto a la PPC una posible explicación es que las personas que tienden a sobrestimar su peso corporal son más propensas a engancharse en conductas de control de peso, como consumo de pastillas, restricción calórica y restricción cognitiva (Levy et al., 2022; Nagata et al., 2018; J. Zhang et al., 2018).

El comer emocional fue explicado por el estigma experimentado, el estigma internalizado, el anticipado y por el sexo, lo anterior concuerda con los resultados de O'Brien et al. (2016) y Cheng et al. (2018). El modelo que explica el comer sin control esta dado por el estigma experimentado, el estigma internalizado, el estigma anticipado y por el sexo, resultados que concuerdan con Wang et al. (2020).

Estos resultados podrían deberse a la relación entre las facetas del estigma, abordado en el objetivo 4, dadas en el Modelo Conceptual del Estigma en el Proceso de Salud (Major et al., 2017) y por el Modelo Cíclico basado en el Estigma del Peso (Tomiyaama, 2014), en el cual se considera al estigma del peso como una agente estresante que genera una experiencia emocional negativa, lo cual puede conllevar por sí mismo, a que se generen mecanismos de afrontamiento para lidiar con esas emociones y pueden ser dados mediante conductas de alimentación como el comer emocional (Morse et al., 2023; van Strien, 2018) y cuando la cantidad de emociones es abrumadora otro mecanismo de afrontamiento puede ser dado a partir del comer sin control, que a su vez podría ser influenciado también por el estigma del peso ya que las personas que enfrentan altos niveles de estigma tienden a consumir mayores cantidades de alimentos poco saludables, hipercalóricos y dulces (Banna et al., 2018; Verzijl et al., 2018). En conjunto, ambos aspectos convergen y complementan un mecanismo cíclico para enfrentar situaciones estresantes y emocionales, que genera mayor estigma y a su vez este ocasiona mayor estrés (Kowalkowska & Poínhos, 2021). En cuanto al sexo tiene implicaciones en las distintas facetas del estigma ya que las mujeres presentan mayores niveles de estigma experimentado y estigma internalizado en comparación con los hombres (Rodríguez et al., 2023), por consiguiente enfrentan mayores niveles de estrés derivado del estigma del peso (Morse et al., 2023), así como otras posibles

consecuencias como ansiedad e insatisfacción corporal, situaciones que podrían incrementar el estigma (van Strien, 2018); en consecuencia pueden presentar mayor enganche con conductas mal adaptativas como el comer emocional y comer sin control (Tomiya, 2014).

El objetivo general del estudio fue Evaluar el poder explicativo de la teoría de rango medio Modelo del Proceso del Estigma del Peso: a) estigma experimentado, b) estigma internalizado, c) estigma anticipado y d) la consciencia del estigma sobre: 1) las conductas de alimentación adaptativas: a) alimentación consciente y b) comer intuitivo y 2) conductas de alimentación mal adaptativas: a) restricción cognitiva, b) comer emocional y c) comer sin control.

Se identificó que el estigma internalizado tiene efecto negativo con el comer intuitivo y la alimentación consciente, sin embargo, presentó efecto positivo con la restricción cognitiva, el comer emocional y el comer sin control. El estigma anticipado tiene efecto negativo sobre el comer intuitivo y efecto positivo sobre el comer emocional y el comer sin control. El estigma experimentado presentó efecto positivo sobre el comer intuitivo y el comer emocional; mientras que la consciencia del estigma no presentó efecto significativo sobre ninguna conducta de alimentación, adaptativa o mal adaptativa. Estos resultados difieren con los obtenidos por Romano et al. (2021) y Cheng et al. (2018).

Los resultados obtenidos en el presente trabajo sugieren que el estigma internalizado es uno de los principales tipos de estigma que se relacionan tanto con las conductas mal adaptativas, como con las adaptativas, esto podría ser explicado ya que el estigma internalizado implica que la persona interiorizó las etiquetas, prejuicios y estereotipos negativos asociados con el peso corporal, al punto en que los acepta y los da por verdaderos, lo cual tiene un impacto psicológico considerable en la persona ya que perderá el sentido de la importancia de mantener una salud adecuada (Keirns et al., 2022; Lee et al., 2019).

Otro aspecto relevante, es que el estigma del peso se manifiesta a diferentes niveles de interacción, principalmente interpersonal y estructural, considerando que socialmente el SP-OB es atribuida como una condición de alta controlabilidad (Link & Phelan, 2003), es decir, que puede ser controlada por la persona que la desarrolla, el peso de la

culpa y total responsabilidad es descargada directamente en la persona que presenta SP-OB y que podría dejar de serlo tan sólo con quererlo, sin embargo, los procesos sociales, emocionales y psicológicos influenciados por el estigma del peso pueden favorecer que conductas de alimentación mal adaptativas se desarrollen con mayor facilidad.

Además, es preciso señalar que por sí mismo, la restricción cognitiva, el comer emocional y el comer sin control, se generan en condiciones cotidianas como respuesta de afrontamiento ante respuestas de estrés, ansiedad, tristeza o felicidad, que a su mismo generan ciclos negativos, ya que el tener una conducta restrictiva por varios días favorece el desarrollo de momentos de alta ingesta, lo cual generará culpa y la persona volverá a comer para lidiar con esas emociones de fracaso (Kornacka et al., 2021; Wetzel & Himmelstein, 2023).

Yoon et al. (2022) señalan que el estrés generado por la discriminación diaria es suficientemente fuerte para desencadenar conductas mal adaptativas. Además, se debe considerar que la persona que ya experimentó estigma del peso, que lo ha internalizado y es consciente de que es etiquetado socialmente con características negativas, puede desarrollar estigma anticipado, lo que implica que tendrá una actitud mucho más vigilante y tendrá una actitud defensiva ante situaciones donde se sienta potencialmente estigmatizado, generando desconfianza incluso de sus familiares, amigos o personal de salud (Earnshaw et al., 2013; Hunger et al., 2020).

Motivo por el cual, el presente trabajo considera relevante abordar el estigma como proceso, ya que están correlacionados entre sí y el efecto de mediación que puede existir entre ellos ayuda al entendimiento de los mecanismos que podrían modificar conductas como son las de alimentación, adaptativas y mal adaptativas.

Limitaciones

Se trata de un estudio transversal, por lo cual limita el alcance explicativo de los resultados obtenidos, así como el muestreo, ya que no fue aleatorizado, aunque se consideró un muestreo por cuotas con una cantidad proporcional al tamaño de cada cuota. Sin embargo, al considerar el proceso de colecta, el espacio necesario para realizar las mediciones antropométricas y el tiempo de respuesta de los cuestionarios implicaría que el tiempo necesario para alcanzar las cuotas de cada carrera incluidas en el estudio excedería el necesario para la conclusión del estudio. No obstante, el tamaño

de muestra mínimo requerido en el cálculo muestral fue superado y el porcentaje de las cuotas que no se alcanzaron fueron entre el 2 y 30%.

El tiempo de respuesta fue mayor a lo considerado en el piloto y al requerir de mediciones antropométricas, los participantes consideraban demasiado extenso el cuestionario por lo que podría generarse un sesgo de respuesta.

Conclusiones

Las mujeres presentaron mayor estigma anticipado y consciencia del estigma. De acuerdo con la categoría de IMC el estigma experimentado, internalizado, anticipado y la consciencia del estigma fueron mayores en las personas con SP-OB. De acuerdo con la PPC las personas que se perciben con SP-OB presentaron mayores puntajes en el estigma experimentado, internalizado, consciencia y anticipado en comparación con los que se perciben sin SP-OB.

Las mujeres presentan mayor alimentación consciente, restricción cognitiva, comer emocional. Los hombres presentan mayores niveles de comer sin control. Las personas sin SP-OB presentan más comer intuitivo, las personas con SP-OB presentan niveles mayores de alimentación consciente, restricción cognitiva y comer sin control tanto por en categoría de IMC como en la dada por percepción del peso.

Existe correlación positiva entre los tipos de estigma experimentado, internalizado, consciencia del estigma y anticipado con las conductas de alimentación mal adaptativas de restricción cognitiva, comer emocional, comer sin control y con la conducta adaptativa de alimentación consciente. El comer intuitivo presentó correlación negativa con todos los tipos de estigma analizados.

Existe efecto directo entre el estigma experimentado y el estigma anticipado; existe efecto de mediación por el estigma internalizado y efecto de mediación por la consciencia del estigma. Tanto el estigma internalizado y la consciencia del estigma combinadas tienen efecto mediador en la relación del estigma experimentado y anticipado, sin embargo, el efecto de mediación es mayor de manera independiente.

En las conductas de alimentación adaptativas el comer intuitivo es explicado por el estigma experimentado, internalizado, anticipado y la percepción del peso, mientras que la alimentación consciente es explicada por el estigma experimentado, internalizado, el sexo y la edad.

Dentro de las conductas de alimentación mal adaptativas, el modelo que explica la restricción cognitiva está conformado por el estigma internalizado, la consciencia del estigma, la PPC, el sexo y la edad. El comer emocional se encuentra explicado por el estigma experimentado, el estigma internalizado, el estigma anticipado y el sexo. Las variables que explican la conducta de comer sin control son el estigma experimentado, el estigma internalizado, el estigma anticipado y el sexo.

Se comprueba que el modelo de mediación del estigma del peso explica las conductas adaptativas y mal adaptativas, siendo el estigma internalizado el que presenta efecto negativo con las conductas de alimentación adaptativas (comer intuitivo y alimentación consciente) y positivo con las mal adaptativas estudiadas (restricción cognitiva, comer emocional y comer sin control). El estigma anticipado tiene efecto positivo con el comer emocional, el comer sin control y negativo con el comer intuitivo. El estigma experimentado presenta efecto negativo con el comer emocional y positivo con el comer intuitivo. Por último, la consciencia del estigma no presentó efecto con ninguna conducta de alimentación adaptativa o mal adaptativa, sin embargo, existe relación entre los tipos de estigma y hay efecto mediador indirecto entre ellas.

Estos hallazgos sugieren la importancia del estigma del peso en las conductas de alimentación y deben ser considerados al momento de dirigir programas de intervención para no sólo modificar conductas de alimentación, si no también incidir en los mecanismos que generan que las personas adopten esas conductas.

Recomendaciones

Realizar estudios longitudinales sobre los tipos de estigma y que aspectos afectan en el estado de salud de las personas con SP-OB, considerando el estigma como un proceso para generar conocimiento disciplinar en México y en Latinoamérica ya que actualmente existen muy pocos estudios al respecto, que expliquen el fenómeno en nuestro contexto social y cultural. Esperando que ayude a enfermería en el diseño de intervenciones en el abordaje de las personas con SP-OB que permitan integrar enfoques centrados en los mecanismos que modifican conductas como el estigma de peso.

Continuar realizando investigaciones sobre el estigma anticipado y la consciencia del estigma, ya que es evidente la falta de literatura científica en esas temáticas.

Dentro de las conductas de alimentación adaptativas es necesario continuar abordando otras variables y posibles mecanismos que modifiquen el comer intuitivo y la alimentación consciente que permitan un desenvolvimiento óptimo para ser adoptadas por personas con SP-OB.

Realizar investigaciones similares en otras poblaciones como adolescentes, niños y adultos mayores.

Considerar el PPC para futuros trabajos ya que varios estudios han identificado en los casos dónde el IMC no fue significativo el PPC si lo fue, además que implica abordar dos poblaciones que han sido muy poco estudiadas que son las personas que tienden a percibirse con menor peso del que realmente presentan y las que se perciben con más peso del que presentan, son poblaciones que prácticamente no han sido abordadas en el estudio del estigma del peso.

Realizar más investigación en los instrumentos de evaluación tanto de los tipos de estigma del peso como de las conductas de alimentación adaptativas, particularmente sobre la alimentación consciente ya que aún existen desacuerdos conceptuales sobre los componentes teóricos más adecuados para evaluarlos.

Referencias Bibliográficas

- Aceves-Martins, M., Llauradó, E., Tarro, L., Solà, R., & Giralt, M. (2016). Obesity-promoting factors in Mexican children and adolescents: Challenges and opportunities. *Global Health Action*, 9(1), 29625. <https://doi.org/10.3402/gha.v9.29625>
- Allison, M., & Lee, C. (2015). Too fat, too thin: Understanding bias against overweight and underweight in an Australian female university student sample. *Psychology and Health*, 30(2), 189–202. <https://doi.org/10.1080/08870446.2014.954575>
- Andrés, A., Fornieles-Deu, A., Sepúlveda, A. R., Beltrán-Garrayo, L., Montcada-Ribera, A., Bach-Faig, A., & Sánchez-Carracedo, D. (2022). Spanish validation of the Modified Weight Bias Internalization Scale (WBIS-M) for adolescents. *Eating and Weight Disorders*, 27(8), 3245–3256. <https://doi.org/10.1007/S40519-022-01453-Z/FIGURES/2>
- Argyrides, M., & Anastasiades, E. (2022). Intuitive eating in Greek-Cypriot adults: Influence of gender and body mass. *Frontiers in Psychology*, 13, 1033720. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2022.1033720>
- Armenta, B. M., Stroebe, K., Scheibe, S., van Yperen, N. W., Stegeman, A., & Postmes, T. (2017). Permeability of group boundaries: Development of the concept and a scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 43(3), 418–433. https://doi.org/10.1177/0146167216688202/ASSET/IMAGES/LARGE/10.1177_0146167216688202-FIG2.JPEG
- Bahns, A. J. (2017). Threat as justification of prejudice. *Group Processes and Intergroup Relations*, 20(1), 52–74. <https://doi.org/10.1177/1368430215591042>
- Banna, J. C., Panizza, C. E., Boushey, C. J., Delp, E. J., & Lim, E. (2018). Association between cognitive restraint, uncontrolled eating, emotional eating and BMI and the

- amount of food wasted in early adolescent girls. *Nutrients*, 10(9).
<https://doi.org/10.3390/NU10091279>
- Bärebring, L., Palmqvist, M., Winkvist, A., & Augustin, H. (2020). Gender differences in perceived food healthiness and food avoidance in a Swedish population-based survey: a cross sectional study. *Nutrition Journal*, 19(1), 1–8.
<https://doi.org/10.1186/S12937-020-00659-0/TABLES/4>
- Bernardo, G. A., Vezzali, L., Stathi, S., McKeown, S., Cocco, V. M., Saguy, T., & Dixon, J. (2021). Fostering social change among advantaged and disadvantaged group members: Integrating intergroup contact and social identity perspectives on collective action. *Group Processes and Intergroup Relations*, 24(1), 26–47.
https://doi.org/10.1177/1368430219889134/ASSET/IMAGES/LARGE/10.1177_1368430219889134-FIG2.JPEG
- Bidstrup, H., Brennan, L., Kaufmann, L., & de la Piedad Garcia, X. (2022). Internalised weight stigma as a mediator of the relationship between experienced/perceived weight stigma and biopsychosocial outcomes: a systematic review. *International Journal of Obesity*, 46(1), 1, 1-9. <https://doi.org/10.1038/S41366-021-00982-4>
- BinDhim, N. F., Althumiri, N. A., Basyouni, M. H., Sims, O. T., Alhusseini, N., & Alqahtani, S. A. (2020). Arabic translation of the weight self-stigma questionnaire: Instrument validation study of factor structure and reliability. *JMIR Formative Research*, 4(11), e24169. <https://doi.org/10.2196/24169>
- Bissell, K., & Parrott, S. (2013). Prejudice: the role of the media in the development of social bias. *Journalism and Communication Monographs*, 15(4), 219–270.
<https://doi.org/10.1177/1522637913504401/FORMAT/EPUB>
- Boen, F., & Vanbeselaere, N. (2000). Responding to membership of a low-status group: The effects of stability, permeability and individual ability. *Group Processes & Intergroup Relations*, 3(1), 41–62. <https://doi.org/10.1177/1368430200031003>

- Braun, T. D., Riley, K. E., Kunicki, Z. J., Finkelstein-Fox, L., Conboy, L. A., Park, C. L., Schifano, E., Abrantes, A. M., & Lazar, S. W. (2021). Internalized weight stigma and intuitive eating among stressed adults during a mindful yoga intervention: associations with changes in mindfulness and self-compassion. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 9(1), 933-950. <https://doi.org/10.1080/21642850.2021.1992282>
- Braun, T. D., Unick, J. L., Abrantes, A. M., Dalrymple, K., Conboy, L. A., Schifano, E., Park, C. L., & Lazar, S. W. (2022). Intuitive eating buffers the link between internalized weight stigma and body mass index in stressed adults. *Appetite*, 169, 105810. <https://doi.org/10.1016/J.APPET.2021.105810>
- Breithaupt, L., Trojanowski, P., & Fischer, S. (2020). Implicit and explicit anti-fat attitude change following brief cognitive dissonance intervention for weight stigma. *Obesity*, 28(10), 1853–1859. <https://doi.org/10.1002/oby.22909>
- Brochu, P. M., Gawronski, B., & Esses, V. M. (2011). The integrative prejudice framework and different forms of weight prejudice: An analysis and expansion. *Group Processes and Intergroup Relations*, 14(3), 429–444. <https://doi.org/10.1177/1368430210396520>
- Bruce, L. J., & Ricciardelli, L. A. (2016). A systematic review of the psychosocial correlates of intuitive eating among adult women. *Appetite*, 96, 454–472. <https://doi.org/10.1016/J.APPET.2015.10.012>
- Burnette, C. B., Hazzard, V. M., Linardon, J., Rodgers, R. F., Loth, K. A., & Neumark-Sztainer, D. (2023). How parental feeding practices relate to young people’s intuitive eating: Cross-sectional and longitudinal associations by gender and weight concern. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 73(6), 1145–1152. <https://doi.org/10.1016/J.JADOHEALTH.2023.07.018>

- Campos-Nonato, I., Galván-Valencia, O., Hernández-Barrera, L., Oviedo-Solís, C., & Barquera, S. (2023). Prevalencia de obesidad y factores de riesgo asociados en adultos mexicanos: resultados de la Ensanut 2022. *Salud Pública de México*, 65, s238–s247. <https://doi.org/10.21149/14809>
- Castro, M. A., Rosenthal, L., & Starks, T. J. (2019). Enacted individual-level stigma, anticipated relationship stigma, and negative affect among unpartnered sexual minority individuals. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 23(1), 63-82. <https://doi.org/10.1080/19359705.2018.1539428>
- Catthoor, K., Feenstra, D. J., Hutsebaut, J., Schrijvers, D., & Sabbe, B. (2015). Adolescents with personality disorders suffer from severe psychiatric stigma: evidence from a sample of 131 patients. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 6, 81-89. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S76916>
- Catthoor, K., Schrijvers, D., Hutsebaut, J., Feenstra, D., & Sabbe, B. (2015). Psychiatric stigma in treatment-seeking adults with personality problems: Evidence from a sample of 214 patients. *Frontiers in Psychiatry*, 6, e101. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2015.00101>
- Chatham, R. E., & Mixer, S. J. (2020). Cultural influences on childhood obesity in ethnic minorities: A qualitative systematic review. *Journal of Transcultural Nursing*, 31(1), 87–99. <https://doi.org/10.1177/1043659619869428>
- Cheng, O., Ying, Y., Cheung, N., Lee, P., Ngai, M., & Lin, C. (2019). Extended theory of planned behavior on eating and physical activity. *American Journal of Health Behavior*, 43(3), 559–581. <https://doi.org/10.5993/AJHB.43.3.11>
- Cheng, Wang, S., Lam, Y., Luk, H., Man, Y., & Lin, C. (2018). The Relationships between weight bias, perceived weight stigma, eating behavior, and psychological distress among undergraduate students in Hong Kong. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(9), 705–710. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000869>

- Chew, Q. H., Chia, F. L. A., Ng, W. K., Lee, W. C. I., Tan, P. L. L., Wong, C. S., Puah, S. H., Shelat, V. G., Seah, E. J. D., Huey, C. W. T., Phua, E. J., & Sim, K. (2020). Perceived stress, stigma, traumatic stress levels and coping responses amongst residents in training across multiple specialties during covid-19 pandemic—a longitudinal study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 1–13. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186572>
- Christoph, M. J., Hazzard, V. M., Järvelä-Reijonen, E., Hooper, L., Larson, N., & Neumark-Sztainer, D. (2021). Intuitive eating is associated with higher fruit and vegetable intake among adults. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 53(3), 240-245. <https://doi.org/10.1016/J.JNEB.2020.11.015>
- Ciciurkaite, G., & Perry, B. L. (2018). Body weight, perceived weight stigma and mental health among women at the intersection of race/ethnicity and socioeconomic status: insights from the modified labelling approach. *Sociology of Health and Illness*, 40(1), 18–37. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12619>
- Clair, M. (2018). *Stigma. Forthcoming in core concepts in sociology*. Harvard University. https://scholar.harvard.edu/files/matthewclair/files/final_version_clair.pdf
- Clark, O., Lee, M. M., Jingree, M. L., O'Dwyer, E., Yue, Y., Marrero, A., Tamez, M., Bhupathiraju, S. N., & Mattei, J. (2021). Weight stigma and social media: Evidence and public health solutions. *Frontiers in Nutrition*, 8, 739056. <https://doi.org/10.3389/FNUT.2021.739056>
- Colchero, M. A., Fuentes, M. L., & Salinas, C. A. (Eds.). (2019). *La obesidad en México: estado de la política pública y recomendaciones para su prevención y control*. Instituto Nacional de Salud Pública. https://www.insp.mx/resources/images/stories/2019/Docs/190607_978-607-511-179-7.pdf

- Crandall, C. S. (1994). Prejudice against fat people: Ideology and self-interest. In *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(5), 882-894. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.66.5.882>
- Crawford, J. T., & Brandt, M. J. (2019). Who is prejudiced, and toward whom? The big five traits and generalized prejudice. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 45(10), 1455–1467. <https://doi.org/10.1177/0146167219832335>
- Davis, K. M., & Sekula, L. K. (2018). Stigmatization of overweight and obese women during forensic examinations. *Journal of Forensic Nursing*, 14(3), 162–166. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000196>
- Decarvalho, R. J. (1993). The nature of prejudice. *Psychological Reports*, 72(1), 299-308. <https://doi.org/10.2466/pr0.1993.72.1.299>
- Dovidio, J. F., Major, B., & Crocker, J. (2000). Stigma: Introduction and overview. In T. Heatherton, R. Kleck, M. Hebl, & J. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp. 1–28). The Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2000-05051-001>
- Dovidio, J. F., Penner, L. A., Calabrese, S. K., & Pearl, R. L. (2017). Physical health disparities and stigma: Race, sexual orientation, and body weight. in Major, B., Dovidio, J. F., and Link, B. (eds), *The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination, and Health*, Oxford Library of Psychology (2018; online edn, Oxford Academic, 6 Dec. 2017), <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190243470.013.2>
- Duan, W., & Li, J. (2016). Distinguishing dispositional and cultivated forms of mindfulness: Item-level factor analysis of five-facet mindfulness questionnaire and construction of short inventory of mindfulness capability. *Frontiers in Psychology*, 7, 202504. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01348>
- Duan, W., & Wang, Z. (2019). Mindfulness capability mediates the association between weight-based stigma and negative emotion symptoms. *Mindfulness*, 10(6), 1074–1081. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1039-4>

- Durso, L. E., & Latner, J. D. (2008). Understanding self-directed stigma: Development of the weight bias internalization scale. *Obesity*, 16(S2), S80–S86. <https://doi.org/10.1038/OBY.2008.448>
- Earnshaw, V. A., Quinn, D. M., Kalichman, S. C., & Park, C. L. (2013). Development and psychometric evaluation of the chronic illness anticipated stigma scale. *Journal of Behavioral Medicine*, 36(3), 270–282. <https://doi.org/10.1007/S10865-012-9422-4>
- Eberth, J., & Sedlmeier, P. (2012). The effects of mindfulness meditation: A meta-analysis. *Mindfulness*, 3(3), 174–189. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0101-x>
- Elboim-Gabyzon, M., Attar, K., & Peleg, S. (2020). Weight stigmatization among physical therapy students and registered physical therapists. *Obesity Facts*, 13(2), 104–116. <https://doi.org/10.1159/000504809>
- Elran-Barak, R., & Bar-Anan, Y. (2018). Implicit and explicit anti-fat bias: The role of weight-related attitudes and beliefs. *Social Science and Medicine*, 204, 117–124. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2018.03.018>
- Ersöz Alan, B., Akdemir, D., Cetin, F. C., & Karahan, S. (2022). Mindful eating, body weight, and psychological well-being in adolescence. *Childhood Obesity*, 18(4), 246–253. <https://doi.org/10.1089/CHI.2021.0121>
- Farhangi, M. A., Emam-Alizadeh, M., Hamed, F., & Jahangiry, L. (2017). Weight self-stigma and its association with quality of life and psychological distress among overweight and obese women. *Eating and Weight Disorders*, 22(3), 451–456. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0288-2>
- Fernandes, R., Alves, S., São, R., Xavier, F., João, P., & Li, E. F. (2015). Educational inequality in the occurrence of abdominal obesity: Pró-saúde study. *Revista de Saúde Pública*, 49, 65–73. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005786>

- Fisher, M. (2020). Foreword: Evaluation and management of overweight and obesity in children and adolescents. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 50(9), 100872. <https://doi.org/10.1016/J.CPPEDS.2020.100872>
- Framson, C., Kristal, A. R., Schenk, J. M., Littman, A. J., Zeliadt, S., & Benitez, D. (2009). Development and validation of the mindful eating questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(8), 1439–1444. <https://doi.org/10.1016/J.JADA.2009.05.006>
- Fulton, M., & Srinivasan, V. N. (2021). Obesity, stigma and discrimination. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554571/>
- Goffman, E. (1968). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Penguin Books. <https://cdn.penguin.co.uk/dam-assets/books/9780241548011/9780241548011-sample.pdf>
- Grider, H. S., Douglas, S. M., & Raynor, H. A. (2021). The influence of mindful eating and/or intuitive eating approaches on dietary intake: A systematic review. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 121(4), 709–727.e1. <https://doi.org/10.1016/J.JAND.2020.10.019>
- Grzymisławska, M., Puch, E. A., Zawada, A., & Grzymisławski, M. (2020). Do nutritional behaviors depend on biological sex and cultural gender? *Advances in Clinical and Experimental Medicine : Official Organ Wroclaw Medical University*, 29(1), 165–172. <https://doi.org/10.17219/ACEM/111817>
- Hampton-Anderson, J. N., & Craighead, L. W. (2021). Psychosociocultural contributors to maladaptive eating behaviors in african american youth: Recommendations and future directions. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 15(6), 621. <https://doi.org/10.1177/1559827620936951>

- Haqq, A. M., Kebbe, M., Tan, Q., Manco, M., & Salas, X. R. (2021). The complexity and stigma of pediatric obesity. *Childhood Obesity*, 17(4), 229-240. <https://doi.org/10.1089/CHI.2021.0003>
- Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health*, 103(5), 813-821. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301069>
- Hootman, K. C., Guertin, K. A., & Cassano, P. A. (2018). Stress and psychological constructs related to eating behavior are associated with anthropometry and body composition in young adults. *Appetite*, 125, 287-294. <https://doi.org/10.1016/J.APPET.2018.01.003>
- Hunger, J. M., Dodd, D. R., & Smith, A. R. (2020). Weight discrimination, anticipated weight stigma, and disordered eating. *Eating Behaviors*, 37, 101383. <https://doi.org/10.1016/J.EATBEH.2020.101383>
- Instituto Nacional de Estadística Geografía. (2023). *Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS) 2022*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENADIS/ENADIS_Nal22.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19 Resultados Nacionales*. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf
- Islam, G. (2014). Social Identity Theory. *Encyclopedia of Critical Psychology*, 1781–1783. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5583-7_289
- Jackson, A., Sano, Y., Parker, L., Cox, A. E., & Lanigan, J. (2022). Intuitive eating and dietary intake. *Eating Behaviors*, 45, 101606. <https://doi.org/10.1016/J.EATBEH.2022.101606>

- Jacob, J. S., & Panwar, N. (2023). Effect of age and gender on dietary patterns, mindful eating, body image and confidence. *BMC Psychology*, 11(1),264-277. <https://doi.org/10.1186/S40359-023-01290-4>
- Johnstone, G., & Grant, S. L. (2019). Weight stigmatisation in antiobesity campaigns: The role of images. *Health Promotion Journal of Australia*, 30(1),37–46. <https://doi.org/10.1002/hpja.183>
- Jones, A., & Forhan, M. (2019). Addressing weight bias and stigma of obesity amongst physiotherapists. *Physiotherapy Theory and Practice*, 37(7),808-816. <https://doi.org/10.1080/09593985.2019.1648623>
- Kamolthip, R., Saffari, M., Fung, X. C. C., O'Brien, K. S., Chang, Y. L., Lin, Y. C., Lin, C. Y., Chen, J. S., & Latner, J. D. (2022). The mediation effect of perceived weight stigma in association between weight status and eating disturbances among university students: is there any gender difference? *Journal of Eating Disorders*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/S40337-022-00552-7>
- Kántor, I. (2021). *Magnitud del sobrepeso y obesidad en México: un cambio de estrategia para su erradicación*. http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/5127/ML_197.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Katzmarzyk, P. T., Chaput, J.-P., Fogelholm, M., Hu, G., Maher, C., Maia, J., Olds, T., Sarmiento, O. L., Standage, M., Tremblay, M. S., & Tudor-Locke, C. (2019). International study of childhood obesity, lifestyle and the environment (ISCOLE): Contributions to understanding the global obesity epidemic. *Nutrients*, 11(4),848-872. <https://doi.org/10.3390/NU11040848>
- Keirns, N. G., Keirns, B. H., Tsotsoros, C. E., Sciarrillo, C. M., Emerson, S. R., & Hawkins, M. A. W. (2022). Associations between internalized weight stigma and

- visceral adipose tissue status are observed in women but not men. *Stigma and Health*, 7(2), 161-168. <https://doi.org/10.1037/SAH0000381>
- Kornacka, M., Czepczor-Bernat, K., Napieralski, P., & Brytek-Matera, A. (2021). Rumination, mood, and maladaptive eating behaviors in overweight and healthy populations. *Eating and Weight Disorders*, 26(1), 273-285. <https://doi.org/10.1007/S40519-020-00857-Z>
- Kowalkowska, J., & Poínhos, R. (2021). Eating behaviour among university students: Relationships with age, socioeconomic status, physical activity, body mass index, waist-to-height ratio and social desirability. *Nutrients*, 13(10), 3622. <https://doi.org/10.3390/NU13103622/S1>
- Ksinan, A. J., Almenara, C. A., & Vaculik, M. (2017). The effect of belief in weight controllability on anti-fat attitudes: An experimental manipulation. *Revue Europeenne de Psychologie Appliquee*, 67(3), 117–124. <https://doi.org/10.1016/J.ERAP.2016.12.004>
- Lange, P. A. M., Kruglanski, A. W., & Higgins, E. T. (2012). Handbook of theories of social psychology. *Handbook of Theories of Social Psychology: volume 2*. SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781446249222>
- Lee, Gonzalez, B. D., Small, B. J., & Thompson, J. K. (2019). Internalized weight bias and psychological wellbeing: An exploratory investigation of a preliminary model. *PLoS ONE*, 14(5), e0216324. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0216324>
- Lee, Hunger, J. M., & Tomiyama, A. J. (2021). Weight stigma and health behaviors: evidence from the Eating in America Study. *International Journal of Obesity*, 45(7), 1499–1509. <https://doi.org/10.1038/s41366-021-00814-5>
- Lee, J., & Allen, J. (2021). Gender differences in healthy and unhealthy food consumption and its relationship with depression in young adulthood. *Community Mental Health Journal*, 57(5), 898–909. <https://doi.org/10.1007/S10597-020-00672-X/METRICS>

- Lee, Wang, C., Du, H., Hunger, J., & Tomiyama, A. J. (2024). Weight stigma as a stressor: A preliminary multi-wave, longitudinal study testing the biobehavioral pathways of the cyclic obesity/weight-based stigma (COBWEBS) model. *Appetite*, 201, 107573. <https://doi.org/10.1016/J.APPET.2024.107573>
- Levinson, J. A., Kinkel-Ram, S., Myers, B., & Hunger, J. M. (2024). A systematic review of weight stigma and disordered eating cognitions and behaviors. *Body Image*, 48, 101678. <https://doi.org/10.1016/J.BODYIM.2023.101678>
- Levy, M., Kakinami, L., & Alberga, A. S. (2022). The relationship between weight bias internalization and healthy and unhealthy weight control behaviours. *Eating and Weight Disorders*, 27(5), 1621–1632. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01291-5>
- Lillis, J., Luoma, J. B., Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2010). Measuring weight self-stigma: The weight self-stigma questionnaire. *Obesity*, 18(5), 971–976. <https://doi.org/10.1038/OBY.2009.353>
- Lin, C. Y., Strong, C., Latner, J. D., Lin, Y. C., Tsai, M. C., & Cheung, P. (2020). Mediated effects of eating disturbances in the association of perceived weight stigma and emotional distress. *Eating and Weight Disorders*, 25(2), 509–518. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s40519-019-00641-8>
- Linardon, J., Tylka, T. L., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2021). Intuitive eating and its psychological correlates: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 54(7), 1073–1098. <https://doi.org/10.1002/EAT.23509>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2003). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology* 27, 363–385. <https://doi.org/10.1146/ANNUREV.SOC.27.1.363>
- Link, B. G., Wells, J., Phelan, J. C., & Yang, L. (2015). Understanding the importance of “symbolic interaction stigma:” How expectations about the reactions of others adds to the burden of mental illness stigma. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(2), 117-124. <https://doi.org/10.1037/PRJ0000142>

- Lovan, P., Prado, G., Lee, T., & Coccia, C. (2022). A snapshot of eating behaviors in undergraduate college students living in South Florida. *Journal of American College Health*, 72(8), 2567-2576. <https://doi.org/10.1080/07448481.2022.2119402>
- MacDonald, H. Z., & Baxter, E. E. (2017). Mediators of the relationship between dispositional mindfulness and psychological well-being in female college students. *Mindfulness*, 8(2), 398–407. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0611-z>
- Magallares, A., De Valle, B. P., Irlles, J. A., Recio, P., & Jáuregui-Lobera, I. (2022). 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*, 27, 3685–3693. <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01511-6>
- Magallares, A., & Morales, J. F. (2014). Spanish adaptation of the antifat attitudes scale / adaptación al castellano de la escala de actitud antiobesos. *Revista de Psicología Social*, 29(3), 563–588. <https://doi.org/10.1080/02134748.2014.972707>
- Major, B., Dovidio, J. F., Link, B. G., & Calabrese, S. K. (2017). Stigma and Its Implications for Health: Introduction and Overview. in Major, B., Dovidio, J. F. and Link, B. L. (eds), *The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination, and Health*, Oxford Library of Psychology <https://doi.org/10.1093/OXFORDHB/9780190243470.013.1>
- Major, B., Dovidio, J., & Link, B. (2018). *The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination, and Health*, Oxford Library of Psychology. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190243470.001.0001>
- Major, B., Hunger, J. M., Bunyan, D. P., & Miller, C. T. (2014). The ironic effects of weight stigma. *Journal of Experimental Social Psychology*, 51, 74–80. <https://doi.org/10.1016/J.JESP.2013.11.009>

- Major, B., & O'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*, 56, 393–421.
<https://doi.org/10.1146/ANNUREV.PSYCH.56.091103.070137>
- Major, B., Rathbone, J. A., Blodorn, A., & Hunger, J. M. (2020). The countervailing effects of weight stigma on weight-loss motivation and perceived capacity for weight control. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 46(9), 1331–1343.
<https://doi.org/10.1177/0146167220903184>
- Mantzios, M. (2023). Mindful eating: A conceptual critical review of the literature, measurement and intervention development. *Nutrition and Health*, 29(3), 435–441.
<https://doi.org/10.1177/02601060231153427>
- Martins, B. G., da Silva, W. R., Maroco, J., & Campos, J. A. D. B. (2021). Psychometric characteristics of the three-factor eating questionnaire-18 and eating behavior in undergraduate students. *Eating and Weight Disorders*, 26(2), 525–536.
<https://doi.org/10.1007/s40519-020-00885-9>
- Mathus-Vliegen, E. M. H., Basdevant, A., Finer, N., Hainer, V., Hauner, H., Micic, D., Maislos, M., Roman, G., Schutz, Y., Tsigos, C., Toplak, H., Yumuk, V., & Zahorska-Markiewicz, B. (2012). Prevalence, pathophysiology, health consequences and treatment options of obesity in the elderly: A guideline. *Obesity Facts*, 5(3), 460–483. <https://doi.org/10.1159/000341193>
- Meadows, A., & Higgs, S. (2019). Internalised weight stigma moderates the impact of a stigmatising prime on eating in the absence of hunger in higher- but not lower-weight individuals. *Frontiers in Psychology*, 10, 1–14.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01022>
- Mensing, J. L., Shepherd, B. F., Schapiro, S., Aware, Y., Brochu, P. M., Calogero, R. M., & Tylka, T. L. (2023). Mediating effects of a weight-inclusive health promotion

- program on maladaptive eating in women with high body mass index. *Eating Behaviors*, 49,101730. <https://doi.org/10.1016/J.EATBEH.2023.101730>
- Miric, M., Álvaro, J. L., González, R., Raquel, A., & Torres, R. (2017). Microsociología del estigma: aportes de Erving Goffman a la conceptualización psicosociológica del estigma social. *Psicología e Saber Social*, 6(2),172–185. <https://doi.org/10.12957/psi.saber.soc.2017.33552>
- Morse, J. L., Wooldridge, J. S., Herbert, M. S., Tynan, M., Dochat, C., & Afari, N. (2023). Associations among stress, internalized weight stigma, emotional eating, and body composition in active-duty service members enrolling in a randomized controlled trial of a weight management program. *International Journal of Behavioral Medicine* 2023, 3,1–6. <https://doi.org/10.1007/S12529-023-10157-2>
- Musaiger, A. O., & Al-Mannai, M. (2013). Role of obesity and media in body weight concern among female university students in Kuwait. *Eating Behaviors*, 14(2),229–232. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.12.004>
- Nagata, J. M., Garber, A. K., Tabler, J. L., Murray, S. B., & Bibbins-Domingo, K. (2018). Differential risk factors for unhealthy weight control behaviors by sex and weight status among U.S. adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 63(3), 335–341. <https://doi.org/10.1016/J.JADOHEALTH.2018.03.022>
- Nature Reviews. (2020). Ending weight bias and the stigma of obesity. *Nature Reviews Endocrinology*, 16(5), 253. <https://doi.org/10.1038/s41574-020-0347-7>
- Nejatisafa, A. A., Mozafari, S., Noorbala, A. A., Asgarian, F. S., Earnshaw, V. A., Sahraian, M. A., & Etesam, F. (2017). Psychometric evaluation of the persian version of the chronic illness anticipated stigma scale (CIASS). *International Journal of Behavioral Medicine*, 24(4),634–640. <https://doi.org/10.1007/s12529-017-9645-4>

- Nelson, J. B. (2017). Mindful eating: The art of presence while you eat. *Diabetes Spectrum: A Publication of the American Diabetes Association*, 30(3),171-174. <https://doi.org/10.2337/DS17-0015>
- Nishida, A., Foo, J. C., Shimodera, S., Nishida, A., Okazaki, Y., Togo, F., & Sasaki, T. (2019). The association of weight status and weight perception with number of confidants in adolescents. *PLOS ONE*, 14(12),e0225908. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0225908>
- Obara, A. A., Vivolo, S. R. G. F., & Alvarenga, M. D. S. (2018). Weight bias in nutritional practice: a study with nutrition students. *Cadernos de Saude Publica*, 34(8), e00088017. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00088017>
- O'Brien, K. S., Latner, J. D., Puhl, R. M., Vartanian, L. R., Giles, C., Griva, K., & Carter, A. (2016). The relationship between weight stigma and eating behavior is explained by weight bias internalization and psychological distress. *Appetite*, 102,70–76. <https://doi.org/10.1016/J.APPET.2016.02.032>
- Oldham, M., & Robinson, E. (2018). Visual body size norms and the under-detection of overweight and obesity. *Obesity Science and Practice*, 4(1),29–40. <https://doi.org/10.1002/osp4.143>
- Ortiz, M., & Gómez-Pérez, D. (2019). Psychometric properties of a brief spanish version of stigmatizing situations inventory. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 10(1), 1–9. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.538>
- Pacheco, L. S., Blanco, E., Burrows, R., Correa-Burrows, P., Santos, J. L., & Gahagan, S. (2021). Eating behavior and body composition in Chilean young adults. *Appetite*, 156,104857. <https://doi.org/10.1016/J.APPET.2020.104857>
- Palad, C. J., Yarlagadda, S., & Stanford, F. C. (2019). Weight stigma and its impact on paediatric care. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes, and Obesity*, 26(1), 19-24. <https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000453>

- Parikh, S. K., Kempner, J., & Young, W. B. (2021). Stigma and migraine: Developing effective interventions. *Current Pain and Headache Reports*, 25(11),75-85. <https://doi.org/10.1007/S11916-021-00982-Z>
- Pearl, R. L. (2018). Weight bias and stigma: Public health implications and structural solutions. *Social Issues and Policy Review*, 12(1),146–182. <https://doi.org/10.1111/SIPR.12043>
- Pearl, R. L., & Puhl, R. M. (2014). Measuring internalized weight attitudes across body weight categories: Validation of the modified weight bias internalization scale. *Body Image*, 11(1),89–92. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.09.005>
- Pearl, R. L., Wadden, T. A., Shaw Tronieri, J., Chao, A. M., Alamuddin, N., Bakizada, Z. M., Pinkasavage, E., & Berkowitz, R. I. (2018). Sociocultural and familial factors associated with weight bias internalization. *Obesity Facts*, 11(2),157–164. <https://doi.org/10.1159/000488534>
- Perpiñá, C., Cebolla, A., Botella, C., Lurbe, E., & Torró, M. I. (2011). Emotional eating scale for children and adolescents: Psychometric characteristics in a spanish sample. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(3),424–433. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.563468>
- Phelan, J. C., Link, B. G., & Dovidio, J. F. (2008). Stigma and prejudice: One animal or two? *Social Science and Medicine*, 67(3),358–367. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.022>
- Phelan, S. M., Bauer, K. W., Bradley, D., Bradley, S. M., Haller, I. V., Mundi, M. S., Finney Rutten, L. J., Schroeder, D. R., Fischer, K., & Croghan, I. (2021). A model of weight-based stigma in health care and utilization outcomes: Evidence from the learning health systems network. *Obesity Science & Practice*, 8(2),139–146. <https://doi.org/10.1002/OSP4.553>

- Pinel, E. C. (1999). Stigma consciousness: the psychological legacy of social stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(1),114–128. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.76.1.114>
- Prunty, A., Clark, M. K., Hahn, A., Edmonds, S., & O’Shea, A. (2020). Enacted weight stigma and weight self stigma prevalence among 3821 adults. *Obesity Research & Clinical Practice*, 14(5), 421–427. <https://doi.org/10.1016/J.ORCP.2020.09.003>
- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research*, 9(12),788–805. <https://doi.org/10.1038/oby.2001.108>
- Puhl, R. M., & Himmelstein, M. S. (2018). Weight bias internalization among adolescents seeking weight loss: Implications for eating behaviors and parental communication. *Frontiers in Psychology*, 9,1-9. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2018.02271>
- Puhl, R. M., Himmelstein, M. S., & Pearl, R. L. (2020). Weight stigma as a psychosocial contributor to obesity. *The American Psychologist*, 75(2),274–289. <https://doi.org/10.1037/AMP0000538>
- Puhl, R. M., & Lessard, L. M. (2020). Weight stigma in youth: Prevalence, consequences, and considerations for clinical practice. *Current Obesity Reports 2020*, 9(4),402–411. <https://doi.org/10.1007/S13679-020-00408-8>
- Puhl, R. M., Lessard, L. M., Himmelstein, M. S., & Foster, G. D. (2021). The roles of experienced and internalized weight stigma in healthcare experiences: Perspectives of adults engaged in weight management across six countries. *PLoS ONE*, 16(6). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0251566>
- Puhl, R. M., & Suh, Y. (2015). Stigma and eating and weight disorders. *Current Psychiatry Reports*, 17(3), 1–10. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0552-6>
- Puhl, R. M., & Suh, Y. (2015). Health consequences of weight stigma: Implications for obesity prevention and treatment. *Current Obesity Reports*, 4(2), 182–190. <https://doi.org/10.1007/s13679-015-0153-z>

- Quinn, D. M., Williams, M. K., & Weisz, B. M. (2015). From discrimination to internalized mental illness stigma: The mediating roles of anticipated discrimination and anticipated stigma. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(2), 103-108. <https://doi.org/10.1037/PRJ0000136>
- Reinka, M. A., Quinn, D. M., & Puhl, R. M. (2021). Examining the relationship between weight controllability beliefs and eating behaviors: The role of internalized weight stigma and BMI. *Appetite*, 164, 105257. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105257>
- Robinson, K., Muir, S., Newbury, A., Santos-Merx, L., & Appleton, K. M. (2020). Perceptions of body weight that vary by body mass index: Clear associations with perceptions based on personal control and responsibility. *Journal of Health Psychology*, 27(1), 147–165. <https://doi.org/10.1177/1359105320916540>
- Rodríguez, B. O., Pérez, D. G., & Ortiz, M. S. (2023). Relation between weight stigma and emotional eating: an approach from structural equation modeling. *Nutricion Hospitalaria*, 40(3), 521–528. <https://doi.org/10.20960/NH.04159>
- Romano, K. A., & Heron, K. E. (2023). Daily weight stigma experiences, and disordered and intuitive eating behaviors among young adults with body dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 56(3), 538–550. <https://doi.org/10.1002/EAT.23859>
- Romano, K. A., Heron, K. E., & Henson, J. M. (2021). Examining associations among weight stigma, weight bias internalization, body dissatisfaction, and eating disorder symptoms: Does weight status matter? *Body Image*, 37, 38-49. <https://doi.org/10.1016/J.BODYIM.2021.01.006>
- Rubino, F., Puhl, R. M., Cummings, D. E., Eckel, R. H., Ryan, D. H., Mechanick, J. I., Nadglowski, J., Ramos Salas, X., Schauer, P. R., Twenefour, D., Apovian, C. M., Aronne, L. J., Batterham, R. L., Berthoud, H. R., Boza, C., Busetto, L., Dicker, D., De Groot, M., Eisenberg, D., ... Dixon, J. B. (2020). Joint international consensus

- statement for ending stigma of obesity. *Nature Medicine*, 26(4), 485–497.
<https://doi.org/10.1038/s41591-020-0803-x>
- Salih, M. H., Wettergren, L., Lindgren, H., Erlandsson, K., Mekonen, H., & Derseh, L. (2022). Translation and psychometric evaluation of chronic illness anticipated stigma scale (CIASS) among patients in Ethiopia. *PloS One*, 17(1).
<https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0262744>
- Schein, A. I., & Bauer, G. R. (2019). The Intersectional discrimination index: Development and validation of measures of self-reported enacted and anticipated discrimination for intercategory analysis. *Social Science & Medicine*, 226, 225–235. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2018.12.016>
- Setchell, J., Gard, M., Jones, J., & Watson, B. M. (2017). Addressing weight stigma in physiotherapy: Development of a theory-driven approach to (re)thinking weight-related interactions. *Physiotherapy Theory and Practice*, 33(8), 597–610.
<https://doi.org/10.1080/09593985.2017.1328718>
- Shafiee, A., Nakhaee, Z., Bahri, R. A., Amini, M. J., Salehi, A., Jafarabady, K., Seighali, N., Rashidian, P., Fathi, H., Esmailpur Abianeh, F., Omran, S. P., Bakhtiyari, M., & Alirezaei, A. (2024). Global prevalence of obesity and overweight among medical students: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 24(1), 1–9.
<https://doi.org/10.1186/S12889-024-19184-4/FIGURES/4>
- Shamah-Levy, T., Cuevas-Nasu, L., Humarán, I. M. G., Morales-Ruán, C., Valenzuela-Bravo, D. G., Gaona-Pineda, E. B., Ávila-Arcos, M. A., & Rivera-Dommarco, J. (2020). Prevalencia y predisposición a la obesidad en una muestra nacional de niños y adolescentes en México. *Salud Pública de México*, 62(6), 725–733.
<https://doi.org/10.21149/11552>

- Shin, K., You, S., & Kim, E. (2017). Sociocultural pressure, internalization, BMI, exercise, and body dissatisfaction in Korean female college students. *Journal of Health Psychology, 22*(13), 1712–1720. <https://doi.org/10.1177/1359105316634450>
- Sikorski, C., Lupp, M., Glaesmer, H., Brähler, E., König, H. H., & Riedel-Heller, S. G. (2013). Attitudes of health care professionals towards female obese patients. *Obesity Facts, 6*(6), 512–522. <https://doi.org/10.1159/000356692>
- Silberstein, L. R., Tirch, D., Leahy, R. L., & McGinn, L. (2012). Mindfulness, psychological flexibility and emotional schemas. *International Journal of Cognitive Therapy, 5*(4), 406–419. <https://doi.org/10.1521/IJCT.2012.5.4.406>
- Simone, M., Hooper, L., Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D. (2019). Unhealthy weight control behaviors and substance use among adolescent girls: The harms of weight stigma. *Social Science & Medicine, 233*, 64–70. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2019.05.047>
- Sprake, E. F., Russell, J. M., Cecil, J. E., Cooper, R. J., Grabowski, P., Pourshahidi, L. K., & Barker, M. E. (2018). Dietary patterns of university students in the UK: A cross-sectional study. *Nutrition Journal, 17*(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12937-018-0398-y>
- Stangl, A. L., Earnshaw, V. A., Logie, C. H., Van Brakel, W., Simbayi, L. C., Barré, I., & Dovidio, J. F. (2019). The health stigma and discrimination framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Medicine, 17*, 31–44. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1271-3>
- Stuber, J., Meyer, I., & Link, B. (2008). Stigma, prejudice, discrimination and health. *Soc Sci Med, 67*(3), 351–357. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.023>

- Stunkard, A. J., & Messick, S. (1985). The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, 29(1), 71–83. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(85\)90010-8](https://doi.org/10.1016/0022-3999(85)90010-8)
- Sun, M., Peng, J., & Lommel, L. (2022). Prevalence and correlates of weight stigma among postpartum women in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22),14692. <https://doi.org/10.3390/IJERPH192214692>
- Taber, K. S. (2018). The use of Cronbach’s alpha when developing and reporting research instruments in science education. *Research in Science Education*, 48(6), 1273–1296. <https://doi.org/10.1007/s11165-016-9602-2>
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (2004). *The social identity theory of intergroup behavior*. In Jost, J.T., & Sidanius, J. (Eds.). *Political Psychology: Key Readings*. Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9780203505984-16>
- Tanofsky-Kraff, M., Theim, K. R., Yanovski, S. Z., Bassett, A. M., Burns, N. P., Ranzenhofer, L. M., Glasofer, D. R., & Yanovski, J. A. (2007). Validation of the emotional eating scale adapted for use in children and adolescents (EES-C). *The International Journal of Eating Disorders*, 40(3),232-240. <https://doi.org/10.1002/EAT.20362>
- Tapper, K. (2017). Can mindfulness influence weight management related eating behaviors? If so, how? *Clinical Psychology Review*, 53, 122–134. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2017.03.003>
- Tapper, K. (2022). Mindful eating: what we know so far. *Nutrition Bulletin*, 47(2), 168–185. <https://doi.org/10.1111/NBU.12559>
- Tarozo, M., & Pessa, R. P. (2020). Impacto das consequências psicossociais do estigma do peso no tratamento da obesidade: uma revisão integrativa da literatura.

- Psicologia: Ciência e Profissão*, 40,e190910. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003190910>
- Tomiyama, A. J. (2014). Weight stigma is stressful. A review of evidence for the cyclic obesity/weight-based stigma model. *Appetite*, 82,8–15. <https://doi.org/10.1016/J.APPET.2014.06.108>
- Tomiyama, A. J., Carr, D., Granberg, E. M., Major, B., Robinson, E., Sutin, A. R., & Brewis, A. (2018). How and why weight stigma drives the obesity ‘epidemic’ and harms health. *BMC Medicine*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/S12916-018-1116-5>
- Trujillo-Hernández, P. E., Flores-Peña, Y., Gomez-Melasio, D. A., Angel-García, J., & Lara-Reyes, B. J. (2021). Análisis de las propiedades psicométricas de la escala de comer emocional (emotional eating scale [EES-C]) en adolescentes mexicanos. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 25(1),58–68. <https://doi.org/10.14306/RENHYD.25.1.1071>
- Tylka, T. L. (2006). Development and psychometric evaluation of a measure of intuitive eating. *Journal of Counseling Psychology*, 53(2),226–240. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.2.226>
- Tylka, T. L., Annunziato, R. A., Burgard, D., Daniélsdóttir, S., Shuman, E., Davis, C., & Calogero, R. M. (2014). The weight-inclusive versus weight-normative approach to health: Evaluating the evidence for prioritizing well-being over weight loss. *Journal of Obesity*, 2014(1), 983495. <https://doi.org/10.1155/2014/983495>
- Usta, E., Bayram, S., & Akkaş, Ö. A. (2021). Perceptions of nursing students about individuals with obesity problems: Belief, attitude, phobia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(2), 777–785. <https://doi.org/10.1111/PPC.12613>
- Van Dyke, N., & Drinkwater, E. J. (2014). Review article relationships between intuitive eating and health indicators: literature review. *Public Health Nutrition*, 17(8), 1757. <https://doi.org/10.1017/S1368980013002139>

- Van Strien, T. (2018). Causes of emotional eating and matched treatment of obesity. *Current Diabetes Reports*, 18,35-43. <https://doi.org/10.1007/S11892-018-1000-X>
- Vartanian, L. R. (2015). Development and validation of a brief version of the Stigmatizing Situations Inventory. *Obesity Science and Practice*, 1(2),119-125 <https://doi.org/10.1002/osp4.11>
- Vartanian, L. R., & Porter, A. M. (2016). Weight stigma and eating behavior: A review of the literature. *Appetite*, 102, 3–14. <https://doi.org/10.1016/J.APPET.2016.01.034>
- Verhaak, A. M. S., Ferrand, J., Puhl, R. M., Tishler, D. S., Papasavas, P. K., & Umashanker, D. (2022). Experienced weight stigma, internalized weight bias, and clinical attrition in a medical weight loss patient sample. *International Journal of Obesity*, 46, 1241-1243. <https://doi.org/10.1038/S41366-022-01087-2>
- Verzija, C. L., Ahlich, E., Schlauch, R. C., & Rancourt, D. (2018). The role of craving in emotional and uncontrolled eating. *Appetite*, 123,146–151. <https://doi.org/10.1016/J.APPET.2017.12.014>
- Viola, S. C. ;, Silva, P. C. D. A. F. ;, Karatzi, K., Hill, A. J., Ramos C. J., Cararo C. S., (2023). Is There an Association between Food Consumption According to the Degree of Processing and Body Image (Dis)satisfaction in Adolescents? *Nutrients*, 15(9),1-12. <https://doi.org/10.3390/nu15092102>
- Wang, Z., Wang, B., Hu, Y., Cheng, L., Zhang, S., Chen, Y., & Li, R. (2020). Relationships among weight stigma, eating behaviors and stress in adolescents in Wuhan, China. *Global Health Research and Policy*, 5,8-17. <https://doi.org/10.1186/S41256-020-00138-3>
- Webb, J. B., & Hardin, A. S. (2016). An integrative affect regulation process model of internalized weight bias and intuitive eating in college women. *Appetite*, 102,60–69. <https://doi.org/10.1016/J.APPET.2016.02.024>

- Weinstein, E. (1965). Stigma: Notes on the management of spoiled identity. Erving Goffman. *The American Journal of Sociology*, 70(5),636–636. <https://doi.org/10.1086/223949>
- Wellman, J. D., Araiza, A. M., Newell, E. E., & McCoy, S. K. (2018). Weight stigma facilitates unhealthy eating and weight gain via fear of fat. *Stigma and Health*, 3(3), 186-194. <https://doi.org/10.1037/SAH0000088>
- Westbury, S., Oyebode, O., van Rens, T., & Barber, T. M. (2023). Obesity stigma: Causes, consequences, and potential solutions. *Current Obesity Reports*, 12(1),10–23. <https://doi.org/10.1007/s13679-023-00495-3>
- Wetzel, K. E., & Himmelstein, M. S. (2023). Constant vigilance: The impact of weight stigma, vigilance, and internalization on maladaptive eating behaviors. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology*, 42(10),712–722. <https://doi.org/10.1037/HEA0001324>
- Wetzel, K. E., & Himmelstein, M. S. (2024). Weight stigma is uniquely tied to maladaptive eating across different racial, ethnic, and gender groups. *Appetite*, 201, 107604. <https://doi.org/10.1016/J.APPET.2024.107604>
- Wilson, O. W. A., Jones, H., Mama, S. K., Guthrie, H., Papalia, Z., Duffey, M., & Bopp, M. (2021). Female college student weight perception discordance. *Journal of American College Health*, 69(1),23–29. <https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1645678>
- World Obesity. (2021). *Weight Stigma | World Obesity Federation*. <https://www.worldobesity.org/what-we-do/our-policy-priorities/weight-stigma>
- Xu, P., Chen, J. S., Chang, Y. L., Wang, X., Jiang, X., Griffiths, M. D., Pakpour, A. H., & Lin, C. Y. (2022). Gender differences in the associations between physical activity, smartphone use, and weight stigma. *Frontiers in Public Health*, 10,862829. <https://doi.org/10.3389/FPUBH.2022.862829>

- Yoon, C. Y., Hazzard, V. M., Emery, R. L., Mason, S. M., & Neumark-Sztainer, D. (2022). Everyday discrimination as a predictor of maladaptive and adaptive eating: Findings from EAT 2018. *Appetite*, 170,105878. <https://doi.org/10.1016/J.APPET.2021.105878>
- Zhang, J., Feng, X., Zhai, Y., Li, W., Lv, Y. bin, Astell-Burt, T., & Shi, X. (2018). Clustering of unhealthy lifestyle behaviours and associations with perceived and actual weight status among primary school children in China: A nationally representative cross-sectional study. *Preventive Medicine*, 112,6–14. <https://doi.org/10.1016/J.YPMED.2018.03.017>
- Zhang, Wang, R., Liu, B., & Sun, L. (2021). Weight in the mind: Weight perception and depressive symptoms in Chinese adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 278, 506–514. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2020.09.112>

ANEXOS

Anexo A**Cédula de Datos Personales**

Lee cuidadosamente y conteste la información que se solicita en el área correspondiente.

			Código de identificación:	
			Fecha:	/ /
Edad en años:		Sexo:	M F	Grado y turno:

Vive con:

Ambos padres

Solo mamá

Solo papá

Familiares

Amigos

Solo

Padece alguna de estas enfermedades:

Diabetes

Depresión

Hiper/Hipotiroidismo

Cáncer

Migraña

Presión alta

Solo mujeres: ¿Se encuentra embarazada y cuantos meses tiene?

Si

No

Meses

Toma algún medicamento

Si la respuesta anterior fue “SI”:

Para que lo está tomando:

Si

No

“ALTO”

Esta sección se llenará por personal salud:

Peso:

kg

Talla:

m

IMC

Kg/m

Estado nutricional

Anexo B

Cuestionario del Estigma Percibido del Peso

A continuación, se presentan algunas situaciones sobre tu interacción con otras personas. Si la situación ha ocurrido antes debido a tu peso, marca con un círculo SI o NO, según corresponda.

		Si	No
1	La gente actúa como si fueras inferior		
2	La gente actúa como si no fueras inteligente		
3	La gente actúa como si te tuviera miedo		
4	Te tratan con menor cortesía que a los demás		
5	Te tratan con menos respeto que a los demás		
6	Recibes mal servicio en tiendas y/o restaurantes		
7	La gente actúa como si fueras deshonesto/a		
8	Te dicen apodos o te insultan		
9	Te amenazan o te acosan		
10	Has enfrentado discriminación en entornos sociales (por ejemplo, la escuela)		

Anexo C

Escala Modificada de Internalización del estigma del peso

A continuación, se presentan algunas afirmaciones acerca de cómo te sientes con relación a tu peso, marca con una X la casilla la que representa como te sientes al respecto.

	Totalmente en desacuerdo	Bastante en Desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Bastante De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.Soy tan competente como cualquier persona, independientemente de mi peso							
2.Soy menos atractivo/a que la mayoría de las personas debido a mi peso							
3.Me siento ansioso/a por lo que la gente pueda pensar de mi debido a mi peso							
4.Desearía poder cambiar drásticamente mi peso							
5.Cada vez que pienso mucho en mi peso, me siento deprimido/a							
6.Me odio a mí mismo/a por mí peso							
7.Mi peso es la principal forma en la que juzgo mi valor como persona							

8.No merezco tener una vida social satisfactoria debido a mi peso							
9.Estoy bien con el peso que tengo							
10.No soy yo mismo, debido a mi peso							
11.No entiendo como alguien atractivo/a querría salir conmigo, debido a mi peso							

Anexo D

Cuestionario Auto Estigma del Peso

A continuación, se presentan algunas afirmaciones relacionadas con tu perspectiva acerca del peso, marca con una X la respuesta que refleje tu sentimiento al respecto.

ítems	Totalmente desacuerdo	Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.Siempre volveré a tener sobrepeso					
2.Yo causo mis problemas de peso					
3.Me siento culpable de mis problemas de peso					
4.Yo tengo sobrepeso debido a que soy una persona débil					
5.Yo nunca tendría problemas con el peso si fuera más fuerte					
6.No tengo suficiente auto control para mantener un peso saludable					
7.Me siento inseguro sobre la opinión que otros tienen sobre mi					
8.Las personas me discriminan debido a que tengo problemas con el peso					

9.Es difícil para las personas que no tienen problemas con su peso relacionarse conmigo					
10.Otros pensarán yo tengo falta de control debido a mi problema de peso					
11.Las personas piensan que soy el culpable por mi problema de peso					
12.Otros se avergüenzan de estar a mi alrededor debido a mi peso					

Anexo E

Escala de Estigma Anticipado por Enfermedades Crónicas

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones sobre situaciones como consecuencia de peso corporal de tus amigos, familiares, compañeros de escuela y personal de salud, marca con una X la que consideres más probable de suceder.

	Totalmente desacuerdo	Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Un amigo o miembro de la familia pensará que tu peso corporal es tu culpa					
Un amigo o miembro de la familia no pensará bien de ti debido a tu peso					
Un amigo o miembro de la familia te culpará por no mejorar tu peso					
Un amigo o miembro de la familia se enojará contigo por tu peso					
Algún compañero pensará que no puedes cumplir con tus responsabilidades escolares, debido a tu peso					

Tu profesor/a le asignará un proyecto interesante a alguien más, debido a tu peso					
Alguien en la escuela te discriminará, debido a tu peso					
Tu profesor/a no te pondrá buena calificación, debido a tu peso					
Un trabajador de la salud te culpará por no mejorar tu peso					
Un trabajador de la salud se sentirá frustrado contigo, debido a tu peso					
Un trabajador de la salud te brindará una atención deficiente, debido a tu peso					
Un trabajador de la salud pensará que eres un mal paciente, debido a tu peso					

Anexo F

Cuestionario de Consciencia del Estigma

En esta sección se abordan cuestiones sobre tus pensamientos acerca de cómo se relacionan contigo y como eres tratado/a debido a tu peso. Marca con una X la respuesta que refleja mejor tu idea sobre las afirmaciones mostradas.

	Totalmente desacuerdo	Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Los estereotipos por el sobrepeso no me han afectado personalmente *					
Nunca me preocupo de que mis conductas alimentarias sean vistas como un estereotipo de sobrepeso*					
Cuando interactué con la gente, siento que interpretan mis conductas con base al hecho de que tengo sobrepeso					
La mayoría de la gente no juzga a las personas delgadas por el hecho de tener sobrepeso *					
Mi conducta de alimentación no influye en cómo las personas actúan conmigo *					

Casi nunca pienso en mi peso cuando interactúo con la gente *					
Mis conductas de alimentación no influyen en cómo la gente actúa conmigo*					
La mayoría de las personas tienen muchos más pensamientos prejuiciosos con respecto al sobrepeso de lo que expresa					
A menudo pienso que se acusa injustamente a las personas por tener prejuicios acerca del sobrepeso *					
La mayoría de las personas tienen problema para ver a las personas con sobrepeso como iguales					

Anexo G

Confianza en las Señales de Hambre y Saciedad

En este apartado se abordan percepciones personales sobre la confianza que tienes sobre la comida y tu cuerpo. Marca con una x la opción más adecuada a cada enunciado presentado.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Confío en mi cuerpo para que me diga cuando comer				
Confío en mi cuerpo para que me diga que comer				
Confío en mi cuerpo para que me diga cuanto comer				
Confío en mis señales de hambre para saber cuándo comer				
Confío en mis señales de saciedad (sentirse lleno) para saber cuándo dejar de comer				
Confío en mi cuerpo para que me diga cuando dejar de comer				
Dejo de comer cuando me siento lleno				

Anexo H

Cuestionario de Alimentación Consciente

A continuación de muestran una serie de afirmaciones acerca situaciones al momento de comer y los pensamientos o reflexiones que tienes acerca de ese momento. Marcar con una X la opción que mejor regle tu pensamiento sobre cada enunciado.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Siempre
1. Dejo de comer cuando estoy lleno incluso cuando estoy comiendo algo que amo	**			
2. Cuando una porción de comida en un restaurante es demasiado grande, dejo de comer cuando estoy lleno	**			
3. Cuando como en bufets de “todo lo que puedas comer”, tiendo a comer en exceso	**/no			
4. Si sobra comida que me gusta, me sirvo otra vez, aunque ya esté lleno	**			
5. Si hay buena comida en una fiesta, continúo comiendo a pesar de estar lleno	**/no			
6. Cuando estoy comiendo uno de mis alimentos favoritos, no sé cuándo ya ha sido suficiente	**/no			
7. Cuando estoy en un restaurante, puedo darme cuenta cuando la porción que me sirvieron es demasiado grande para mi				

8. Si no cuesta mucho, pido la comida o bebida de mayor tamaño independientemente del hambre que tenga	**/no			
9. Noto cuando hay sabores sutiles en los alimentos que como	*			
10. Antes de comer, me tomo un momento para apreciar los colores y olores de mi comida	*			
11. Aprecio la forma en la que la comida se ve en mi plato	*			
12. Cuando como una comida que me gusta, me doy cuenta si me hace sentir relajado	*			
13. Pruebo cada bocado de la comida que como	*			
14. Me doy cuenta cuando la comida que como afecta mi estado emocional	*			
15. Me doy cuenta cuando los alimentos y bebidas son demasiado dulces	*			
16. Reconozco cuando los anuncios de comida hacen que me den ganas de comer	*			
17. Me doy cuenta cuando estoy comiendo dulces sólo porque están allí	*			
18. Reconozco cuando estoy comiendo y no tengo hambre	*			
19. Me doy cuenta de que el entrar al cine hace que quiera comer dulces o palomitas				

20. Cuando como mucha comida, noto que me hace sentir pesado o lento	*			
21. En una fiesta donde hay mucha comida buena, noto que me dan ganas de comer más comida de lo que debería	**			
22. Cuando estoy triste como para sentirme mejor				
23. Cuando me siento estresado en la escuela, voy a buscar algo de comer				
24. Tengo problemas para no comer helado, nieve, galletas o papas fritas si hay en la casa				
25. Como bocadillos (snacks) sin darme cuenta de que estoy comiendo	**			
26. Mis pensamientos tienden a divagar (pienso en otras cosas) mientras como				
27. Pienso en las cosas que necesito hacer mientras como				
28. Como tan rápido que no saboreo lo que estoy comiendo				

Anexo I

Cuestionario de Alimentación de Tres Factores

La forma en que usted se alimenta es de suma importancia por lo que por favor conteste las siguientes preguntas colocando una “X” en cada uno de los cuadros debajo de los números de 1 al 4 para señalar que tan cierto o que tan falso es para usted cada una de las preguntas; donde el significado de los numero es el siguiente:

Pregunta	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
	1	2	3	4
1UE. Cuando huelo un alimento delicioso me es difícil evitar comerlo, incluso si acabo de terminar de comer				
2CR. Deliberadamente como pequeñas porciones de comida para controlar mi peso				
3EE. Cuando me siento ansioso, comienzo a comer				
4UE. A veces cuando empiezo a comer, simplemente no puede parar de comer				
5UE. Estar con alguien que está comiendo a menudo me hace sentir la suficiente hambre para empezar a comer también				
6EE. Cuándo me siento triste, a menudo como demasiado				
7UE. Cuando veo algo realmente				

delicioso, me da tanta hambre que tengo que comer				
8UE. Me da tanta hambre que mi estómago parece no tener fondo				
9UE. Siempre tengo hambre y por lo que me es difícil dejar de comer antes de que me haya acabado todo lo que está en mi plato				
10EE. Cuando me siento solo/a, me consuelo comiendo				
11CR. Conscientemente me detengo en las comidas para no aumentar de peso				
12CR. No como algunos alimentos porque me hacen engordar				
13UE. Siempre estoy con suficiente hambre para comer a cualquier hora				

En las siguientes preguntas subraye la respuesta que mejor describa su situación.

14UE. ¿Qué tan frecuente usted tiene hambre?

- a) Solo en los horarios de comida
- b) Algunas veces entre comidas
- c) Frecuentemente entre comidas
- d) Casi siempre a todas horas

15CR ¿Con qué frecuencia usted evita comprar alimentos tentadores (chocolates, dulces y botanas)?

- a) Casi nunca
- b) Rara vez
- c) Usualmente

d) Casi siempre

16CR. ¿Qué tan probable es que usted conscientemente coma menos comida de la que quiere?

a) Improbable

b) Ligeramente probable

c) Moderadamente probable

d) Muy probable

17UE. ¿Usted se da atracones de comida, aunque no tenga hambre?

a) Nunca

b) Raramente

c) A veces

d) Por lo menos una vez a la semana

18CR. En una escala del 1 al 8 en la que 1 significa “sin restricción en la alimentación” (comer lo que quieras, cuando quieras) y 8 significa “restricción total de alimentos” (limitar constantemente la ingesta de comida y nunca "ceder").

¿Qué número se pondría? _____

Anexo J

Escala de Comer Emocional (EES-C)

Todas las personas reaccionamos a los distintos sentimientos de maneras diferentes. Algunos tipos de sentimientos nos hacen querer comer. Por favor, dinos en qué medida los siguientes sentimientos te hacen querer comer marcando con una X la casilla que mejor se ajuste a tu caso:

Ejemplo:

		No tengo ganas de comer	Tengo un deseo pequeño de comer	Tengo un deseo moderado de comer	Tengo un fuerte deseo de comer	Tengo un deseo de comer muy fuerte	Más o menos ¿cuántos días a la semana comes porque te sientes de esta manera (0-7)?
0	Hambriento					X	3

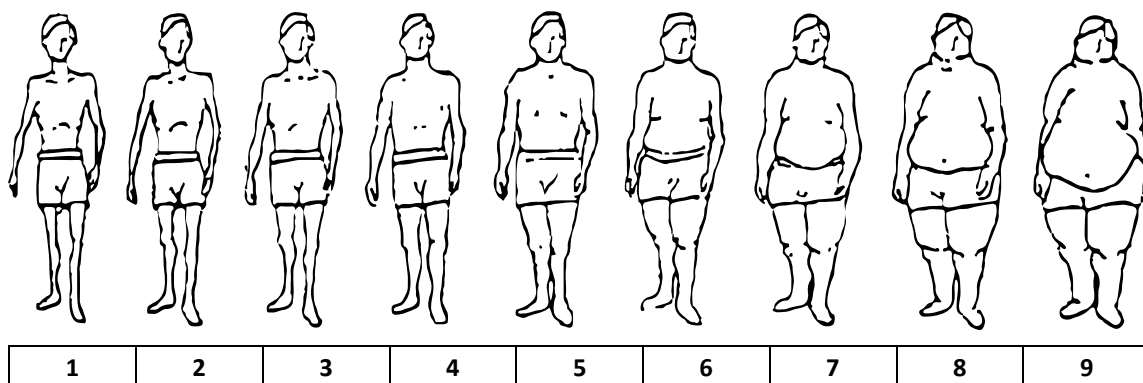
		No tengo ganas de comer	Tengo un deseo pequeño de comer	Tengo un deseo moderado de comer	Tengo un fuerte deseo de comer	Tengo un deseo de comer muy fuerte	Más o menos ¿cuántos días a la semana comes porque te sientes de esta manera (0-7)?
1	Resentido/a						
2	Desanimado/a						
3	Tembloroso/a						
4	Rendido/a						
5	No haciendo lo suficiente						

6	Ansioso/a						
7	Desobediente						
Cuando me siento...		No tengo gananas de comer	Tengo un deseo pequeño de comer	Tengo un deseo moderado de comer	Tengo un fuerte deseo de comer	Tengo un deseo de comer muy fuerte	Más o menos ¿cuántos días a la semana comes porque te sientes de esta manera (0-7)?
8	Decaído/a						
9	Inquieto/a						
10	Triste						
11	Estresado/a						
12	Irritado/a						
13	Celoso/a						
14	Preocupado/a						
15	Frustrado/a						
16	Solo/a						
17	Furioso/a						
18	Al Límite						
19	Confuso/a						
20	Nervioso/a						
21	Enfadado/a						
22	Culpable						
23	Aburrido/a						
24	Impotente						
25	Alterado/a						
26	Alegre						

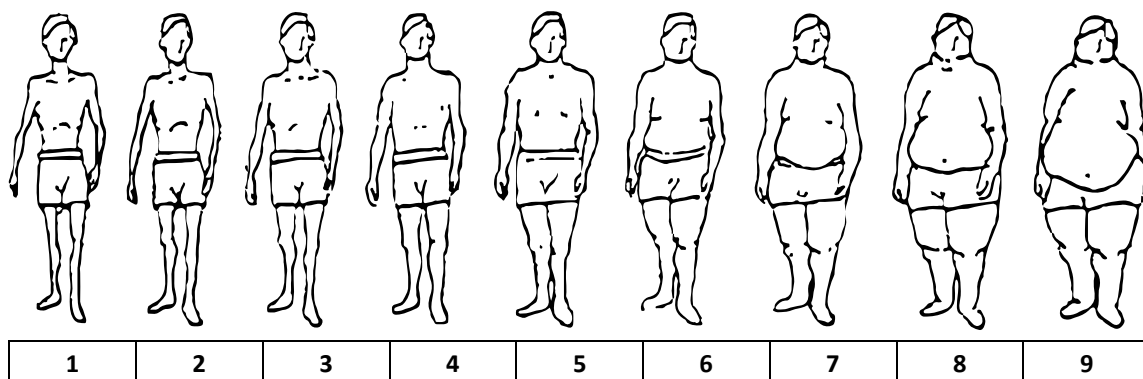
Anexo K

Escala de Imagen Corporal (Hombres)

1. De las figuras que se presentan a continuación, elija y marque con una X el número de **la que más se parece a su cuerpo:**



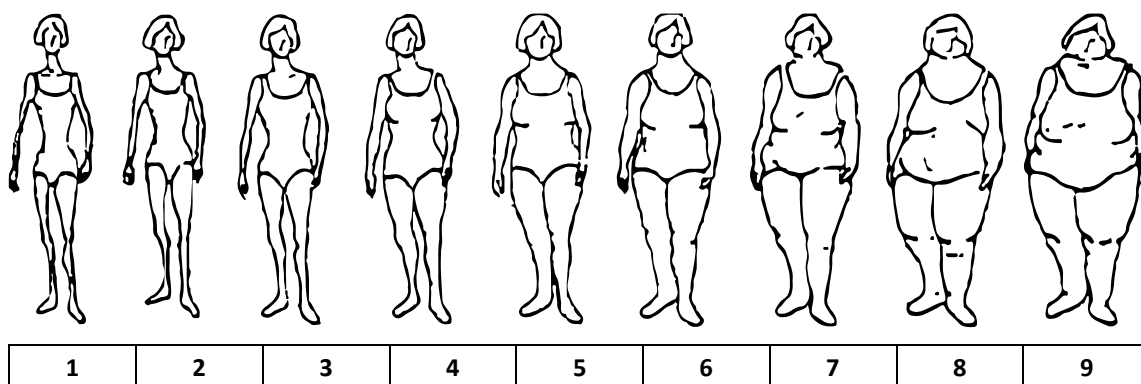
2. De las figuras que se presentan a continuación, elija y marque con una X el número de **la que más le gustaría tener:**



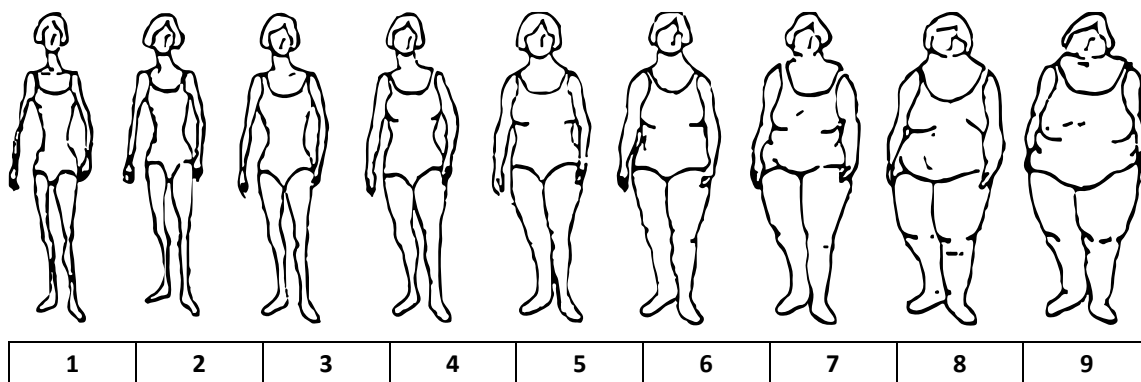
Anexo K

Escala de Imagen Corporal (Mujeres)

1. De las figuras que se presentan a continuación, elija y marque con una X el número de **la que más se parece a su cuerpo:**



2. De las figuras que se presentan a continuación, elija y marque con una X el número de **la que más le gustaría tener:**



Anexo L

Carta de Consentimiento Informado

Título de proyecto: Proceso del estigma del peso, conductas de alimentación adaptativas y mal adaptativas: el efecto mediador de la consciencia del estigma
Autores/Estudiantes: ME. Adiel Agama Sarabia
Director de Tesis/Asesor (si aplica): Dra. Yolanda Flores-Peña

Presentación.

Mi nombre es Adiel Agama Sarabia, soy estudiante de la Facultad de Enfermería de la UANL, actualmente se está realizando un estudio para conocer elementos que afectan las conductas de alimentación en jóvenes.

El estudio Proceso del estigma del peso, conductas de alimentación adaptativas y mal adaptativas: el efecto mediador de la consciencia del estigma se está realizando en esta institución de educación superior, dónde se requiere la participación de estudiantes universitarios, mayores de 18 años, que se encuentren actualmente inscritos en cualquiera de los cuatro años de la carrera.

Su participación y los resultados obtenidos son para obtener el grado de doctorado en Ciencias de Enfermería, por lo que se solicita de su participación voluntaria, el estudio consiste en contestar algunos cuestionarios y realizar una medición del peso y talla, el tiempo máximo requerido para realizar las actividades es de 30 minutos.

Todo será realizado dentro del centro educativo, dentro del mismo horario de clases autorizado por las autoridades de la institución educativa. Requerimos un aproximado de 600 participantes, para lo cual se seleccionó de manera aleatoria dentro de todos los grupos de la carrera, para garantizar la igualdad de posibilidades de participación de todos los estudiantes. Su grupo fue seleccionado por lo que reiteramos la importancia de su participación.

Ya que tu participación es voluntaria, te recordamos que en el momento que lo decidas, si no quieres participar no habrá ningún problema. Si Usted desea participar se le pedirá que firme este consentimiento informado. Posteriormente:

- a) Se solicitará información general sobre edad, sexo, antecedentes patológicos.
- b) Posteriormente se realizará la medición de peso y talla.
- c) Por último, se realizará el llenado del instrumento de información.

La información que Usted proporcione será anónima, los resultados pueden ser publicados en revistas Científicas, pero se realizará de manera grupal, Su nombre ni datos de identificación aparecerán en estos. Aun firmando este consentimiento, Usted podrá retirarse en el momento que lo desee.

Riesgos o molestias y aspectos experimentales del estudio.

Para evitar todas las molestias que puedan surgir al contestar los cuestionarios, estos se contestaran de la manera más privada posible. Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son nulos. Sin embargo, si se siente incómodo con alguna pregunta o medición puede no contestarla o pedir no tener la medición, sin que esto tenga repercusiones de ningún modo para Usted.

En caso de que surja un daño ocasionado por este estudio, el investigador o personal participante en el estudio, solicitará el apoyo del servicio de salud o apoyo que requiera en ese momento para ser atendido dentro los parámetros delimitados en el reglamento institucional de la universidad participante.

Beneficios esperados:

La información obtenida permitirá identificar los factores y proceso que influyen en las conductas de alimentación para generar mejores estrategias para la promoción de conductas de alimentación saludables en jóvenes estudiantes universitarios.

Compromisos del Investigador:

Firma: _____

Fecha:

Día / Mes / Año

Testigo 1 _____

Fecha:

Dirección:

Día / Mes / Año

Testigo 2: _____

Fecha:

Dirección: _____

Día / Mes / Año

Fecha:

Nombre de la persona que obtiene el _____
consentimiento

Día / Mes / Año

La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación.

Cualquier duda que surja al leer este consentimiento o durante su participación será aclarada en el momento que la haga saber.

Anexo M

Análisis Factorial del Cuestionario de Alimentación Consciente

A continuación, se presenta en el análisis factorial exploratorio y confirmatorio realizado al Cuestionario de Alimentación Consciente desarrollado por Framson et al. (2009), cuenta con 28 ítems con respuesta tipo Likert (1 = nunca a 4 = siempre). La sumatoria de los ítems indica mayor alimentación consciente.

El cuestionario fue traducido mediante la estrategia *forward – backward translation*, mediante tres traductores certificados como perito traductor.

En la realización del análisis factorial exploratorio se llevó a cabo los índices de KMO y Test de Bartlett, la estrategia de extracción de datos fue mediante factores de ejes principales, se realizó rotación oblicua por el método Oblimin.

En la prueba de KMO todos los valores fueron $> .500$ y en el Test de Bartlett el resultado fue significativo ($p < .001$). Se obtuvieron 5 factores: el primero compuesto por 6 ítems (MEQ 11, MEQ 10, MEQ 12, MEQ13, MEQ9 Y MEQ14); el segundo por 6 ítems (MEQ5, MEQ4, MEQ3, MEQ6, MEQ8 y MEQ21); el tercer factor por 6 ítems (MEQ17, MEQ18, MEQ16, MEQ15, MEQ20 Y MEQ19); el cuarto factor se compuso por 3 ítems (MEQ22, MEQ23 y MEQ25), el quinto factor se compuso por 2 ítems (MEQ27 Y MEQ26) (Ver Tabla M1).

Se mantuvieron 5 factores como en el instrumento original, sin embargo, las cargas factoriales de los ítems fueron diferentes al instrumento desarrollado por Framson et al. (2009) (Ver Figura M1). Se eliminaron 5 reactivos por presentar valores de cargas menores a .400 en el análisis exploratorio: MEQ24 (tengo problemas para no comer helado...), MEQ1 (dejo de comer cuando estoy lleno...), MEQ2 (cuando una porción de comida en un restaurante es demasiado grande...), MEQ7 (cuando estoy en un restaurante...) y MEQ28 (como tan rápido que no saboreo...).

En el análisis factorial confirmatorio se consideraron los índices de bondad de ajuste del modelo: RMSEA = .05, SRMR = .05, CFI = .92, NFI = .89 y GFI = .98. La carga factorial de los ítems fue superior a .400 en todos los casos y estadísticamente significativos con valor $p < .001$ (Ver Tabla M2). La confiabilidad del instrumento se calculó mediante alfa de Cronbach para los 23 ítems totales del Cuestionario de Alimentación Consciente fue de .800, y por cada dimensión la confiabilidad para el Factor 1 $\alpha = .789$, el Factor 2 $\alpha = .801$, el Factor 3 $\alpha = .746$, el Factor 4 $\alpha = .736$ y el Factor 5 $\alpha = .745$, por lo que se considera adecuado para su uso en población de jóvenes.

Tabla 16

Cargas Factoriales

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
MEQ5	.789				
MEQ4	.767				
MEQ3	.645				
MEQ6	.589				
MEQ8	.497				
MEQ11		.803			
MEQ10		.782			
MEQ12		.619			
MEQ13		.527			
MEQ9		.473			
MEQ17			.701		
MEQ18			.642		
MEQ16			.616		

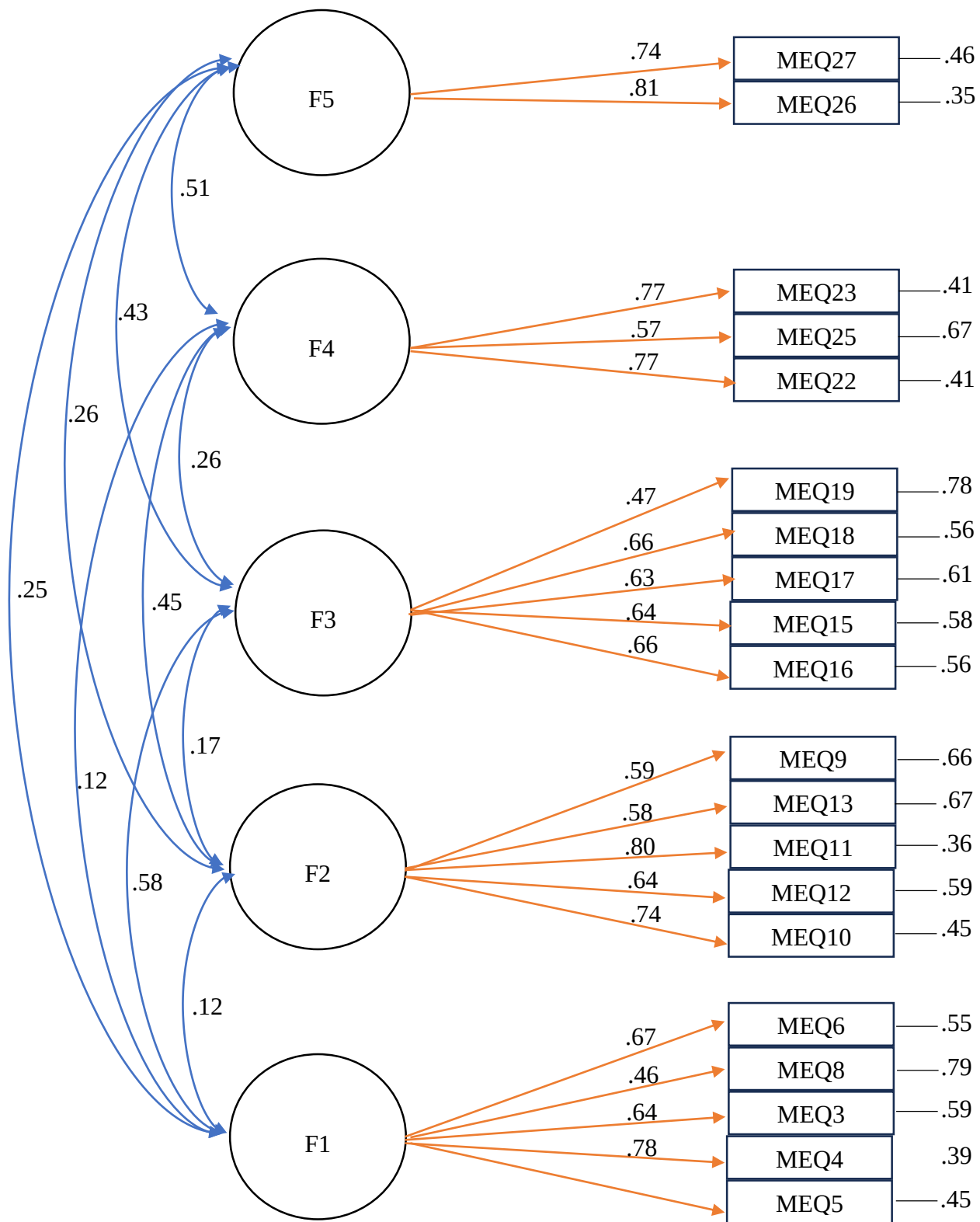
Tabla 16

Cargas Factoriales

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
MEQ15			.536		
MEQ19			.521		
MEQ20			.497		
MEQ22				.753	
MEQ23				.596	
MEQ25				.439	
MEQ27					.751
MEQ26					.653
MEQ1					
MEQ2					
MEQ7					
MEQ14					
MEQ21					
MEQ24					
MEQ28					

Nota: Método de Rotación aplicado Varimax

Figura 8

Análisis Factorial Confirmatorio de Alimentación Consciente

.74

Tabla 17

Factores de carga por ítem del cuestionario de alimentación consciente

Indicador	Coeficiente	DE	Valor - z	P	IC 95%	
					Límite Inferior	Límite Superior
MEQ5	0.633	0.029	22.041	.001	0.577	0.690
MEQ4	0.687	0.029	23.635	.001	0.630	0.744
MEQ3	0.650	0.035	18.364	.001	0.581	0.720
MEQ8	0.441	0.035	12.464	.001	0.371	0.510
MEQ6	0.632	0.033	19.350	.001	0.568	0.696
MEQ10	0.735	0.033	22.111	.001	0.670	0.801
MEQ12	0.615	0.034	18.362	.001	0.550	0.681
MEQ11	0.768	0.031	24.565	.001	0.707	0.829
MEQ13	0.503	0.031	16.108	.001	0.442	0.564
MEQ9	0.509	0.031	16.382	.001	0.448	0.569
MEQ16	0.587	0.032	18.293	.001	0.524	0.650
MEQ15	0.515	0.029	17.648	.001	0.458	0.572
MEQ17	0.591	0.035	17.101	.001	0.523	0.658
MEQ18	0.591	0.032	18.369	.001	0.528	0.654
MEQ19	0.474	0.038	12.323	.001	0.399	0.550
MEQ22	0.791	0.036	21.669	.001	0.719	0.862
MEQ25	0.537	0.035	15.151	.001	0.467	0.606
MEQ23	0.790	0.036	21.720	.001	0.718	0.861
MEQ26	0.778	0.042	18.709	.001	0.697	0.860
MEQ27	0.653	0.037	17.565	.001	0.580	0.726

Nota: Análisis Factorial Confirmatorio

Anexo N

Tabla 18

Efectos directos del modelo de estigma del peso y conductas de alimentación adaptativas y mal adaptativas

Ruta	Estimación STD	IC95%		p
		Límite	Límite	
		Inferior	Superior	
EE → Consciencia del estigma	.301	.238	.363	.001
CdE → Estigma internalizado	.267	.194	.334	.001
EE → Estigma internalizado	.314	.250	.379	.001
EI → Estigma anticipado	.390	.324	.460	.001
EE → Estigma anticipado	.303	.239	.374	.001
CdE → Estigma anticipado	.140	.081	.203	.001
EA → Comer intuitivo	-.112	-.208	-.022	.017
EA → Alimentación consciente	.154	.066	.251	.003
EA → Restricción cognitiva	.023	-.072	.118	.629
EA → Comer emocional	.170	.084	.262	.001
EA → Comer sin control	.177	.094	.272	.000
EE → Comer intuitivo	-.132	-.215	-.056	.001
EE → Alimentación consciente	-.001	-.081	.077	.958
EE → Restricción cognitiva	.074	-.002	.156	.057
EE → Comer emocional	.095	.024	.172	.006

EE → Comer sin control	.091	.006	.176	.034
EI → Comer intuitivo	-.137	-.231	-.040	.005
EI → Alimentación consciente	.232	.130	.307	.002
EI → Restricción cognitiva	.220	.132	.313	.001
EI → Comer emocional	.170	.081	.259	.001
EI → Comer sin control	.135	.054	.217	.001
CdE → Comer intuitivo	-.060	-.140	.016	.140
CdE → Alimentación consciente	.024	-.045	.097	.477
CdE → Restricción cognitiva	.102	.029	.177	.004
CdE → Comer emocional	.066	-.006	.135	.068
CdE → Comer sin control	.018	-.060	.088	.647

Nota: STD = estándar, IC = intervalo de confianza, p = valor de significancia, EE = estigma experimentado, CdE = consciencia del estigma, EI = estigma internalizado, EA = estigma anticipado.

Resumen Autobiográfico

M.E. Adiel Agama Sarabia

Candidato para Obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería.

Tesis PROCESO DEL ESTIGMA DEL PESO, CONDUCTAS DE
ALIMENTACIÓN ADAPTATIVAS Y MAL ADAPTATIVAS: EL
EFECTO MEDIADOR DE LA CONSCIENCIA DEL ESTIGMA

LGAC Cuidado a la salud en: a) riesgo de desarrollar estados crónicos y b)
grupos vulnerables.

Biografía: Nacido en Ciudad de México, Ciudad de México, el 22 de mayo de 1985, hijo del Sr. Néstor Agama Camero y la Sra. Alejandra Sarabia Rendón.

Educación: Egresado de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México de la generación 2005-2009 y de la Maestría en Enfermería con orientación en Educación en Enfermería como Maestro en Enfermería de la generación 2011-2013. Becario del Programa de Apoyos del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCyT) para obtener el grado de Doctor en Ciencias de Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León en la generación 2021-2024.

Experiencia Profesional: Enfermero de la Clínica de Especialidades Médicas “EL Rosario” en las áreas de urgencias, cirugía general y medicina interna durante el periodo de 2008-2011. Docente de asignatura del módulo médico quirúrgica I y II y del módulo integrador en médico quirúrgica en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la UNAM durante el periodo 2011-2016. Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM desde el 2016 hasta la fecha.

Asociaciones: Miembro de la Sociedad de Honor de Enfermería “Sigma Theta Tau”, Capitulo Rho Upsilon desde el 2023.

E-mail: agama.adiel@gmail.com