RESUMO EXPANDIDO - IV. PESQUISA CIENTÍFICA RELACIONADA À AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS E GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

MODELO EXPLICATIVO DEL ESTIGMA DEL PESO EN CONDUCTAS ALIMENTARIAS ADAPTATIVAS Y MAL ADAPTATIVAS

Adiel Agama Sarabia (adiel.agama@zaragoza.unam.mx)

Yolanda Flores-Peña (yolandaflores.uanl@gmail.com)

Rosane Pilot Pessa (rosane@eerp.usp.br)

Modelo explicativo do estigma do peso nos comportamentos alimentares adaptativos e mal adaptativos

Introdução. O estigma do peso, compreendido como um processo, começa com o estigma experimentado, que ocorre quando uma pessoa vivencia rótulos negativos e preconceitos sobre seu peso. A pessoa assimila e internaliza esses rótulos e os aceita como verdadeiros, o que leva ao desenvolvimento de uma consciência de ser estigmatizada e, finalmente, ao desenvolvimento da antecipação de ser estigmatizada, manifestada por uma crescente vigilância diante de qualquer comportamento que possa ser considerado estigmatizante. Este processo pode impactar negativamente a pessoa, gerando mudanças nos comportamentos alimentares adaptativas que são identificadas como aspectos positivos que permitem identificar sabores, aromas, porções e qualidade dos

alimentos consumidos, como podem ser a alimentação consciente e intuitiva. Em contrapartida, o estigma do peso gera diminuição da capacidade para identificar aspectos positivos da alimentação, convertendo a ingestão de alimentos em um mecanismo de enfrentamento de emoções que as pessoas vinculam com a comida, favorecendo o incremento de comportamentos alimentares mal adaptativos, como a alimentação emocional, que implica comer por ansiedade, tristeza, medo, raiva, felicidade, entre outras; a restrição cognitiva, que leva a pessoa a sentir culpa e a limitar-se nas quantidades de alimentos e no tipo de comida que se permite consumir, gerando como consequência a alimentação sem controle, que são momentos de ingestão de grandes quantidades de comida em períodos curtos de tempo, retroalimentados pelo estigma, gerando assim um ciclo vicioso negativo do qual a pessoa não tem consciência e que dificulta sua aproximação de instituições de saúde.

Objetivo. Analisar o efeito do estigma: a) experimentado, b) internalizado, c) consciente e d) antecipado, sobre os comportamentos alimentares adaptativos: a) alimentação consciente e b) alimentação intuitiva; e as comportamentos alimentares mal adaptativas: a) alimentação emocional, b) restrição cognitiva e c) alimentação sem controle.

Método. Desenho de estudo descritivo, correlacional, transversal e de comprovação de modelo. Participaram estudantes universitários de 18 a 25 anos de ambos os sexos, em uma instituição pública da Cidade do México. Tamanho da amostra de 745 participantes, calculada no G*Power® com nível de confiança de 95%, poder de teste de 90, efeito do desenho de 0.4, para um modelo de equações estruturais para 12 variáveis. A amostragem foi por cotas, proporcional ao tamanho de cada curso participante. Foram excluídos os estudantes que referiram estar diagnosticados e/ou sob tratamento psicológico ou farmacológico para o manejo de alguma doença como depressão, ansiedade ou transtorno da conduta alimentar ou metabólica que implique um controle problemático do peso, como hiper ou hipotireoidismo e diabetes mellitus. Determinou-se a normalidade dos dados mediante o teste de Kolmogorov-Smirnov; utilizou-se estatística descritiva através de frequências e porcentagens para variáveis qualitativas e medidas de tendência central para quantitativas. Análise inferencial não paramétrica para variáveis com distribuição não normal.

Realizou-se correlação por Rho de Spearman e, por último, o modelo de equações estruturais considerando os índices de bondade de ajuste: índice de ajuste comparativo (CFI), índice de bondade de ajuste (GFI), o índice de Tucker-Lewis (TLI) e o erro quadrático médio de aproximação (RMSEA). Foram empregados os pacotes estatísticos IBM SPSS Statistics V.23 e AMOS. O estudo seguiu as diretrizes estabelecidas no Regulamento da Lei Geral em Matéria de Investigação para a Saúde (SSA, 1987), em sua última reforma publicada pelo Diário Oficial da Federação (2014) e contou com aprovação por Comitê de Ética registrado perante a Comissão Nacional de Bioética no México com número de registro FAEN-D-1922.

Resultados. Em relação ao sexo, 67,6% eram mulheres (n = 529), a idade média foi de 20,1 anos (DP = 1,9) e o IMC médio foi de 24,2 kg/m² (DP = 4,1). Ao comparar o estigma do peso por sexo e índice nutricional, observaram-se diferenças significativas no estigma antecipado ($p < 0,01$) e na consciência do estigma ($p < 0,01$), bem como nos comportamentos alimentares adaptativos de alimentação consciente ($p < 0,01$) e restrição cognitiva ($p < 0,01$), e nos comportamentos alimentares mal adaptativos de alimentação emocional ($p < 0,01$) e alimentação descontrolada ($p < 0,01$). A alimentação intuitiva foi explicada pelo estigma vivenciado (ß = -0,129, $p = 0,001$), pelo estigma internalizado (ß = -0,120, $p = 0,004$) e pelo estigma antecipado (ß = -0,104, $p = 0,019$). No caso da alimentação consciente, a explicação veio do estigma internalizado (ß = 0,232, $p < 0,000$) e do estigma antecipado (ß = 0,171, $p < 0,001$); enquanto a restrição cognitiva foi explicada pelo estigma internalizado (ß = 0,220, $p < 0,001$) e pela consciência do estigma (ß = 0,094, $p = 0,010$); A alimentação emocional foi explicada pelo estigma vivenciado (ß = 0,103, $p = 0,008$), pelo estigma internalizado (ß = 0,181, $p < 0,001$) e pelo estigma antecipado (ß = 0,176, $p < 0,001$), e a alimentação descontrolada pelo estigma vivenciado (ß = 0,094, $p = 0,017$), pelo estigma internalizado (ß = 0,142, $p = 0,001$) e pelo estigma antecipado (ß = 0,189, $p < 0,001$). Em comportamentos alimentares adaptativos, como a alimentação intuitiva, foram observados os efeitos do estigma vivenciado (ß = 0,193, $p < 0,001$), do estigma internalizado (ß = -0,113, $p = 0,020$) e do estigma antecipado (ß = -0,160, $p = 0,007$). Para a alimentação consciente, o estigma internalizado foi o fator mais relevante (ß = -

0,285, p < 0,001). Em relação aos comportamentos alimentares mal adaptativos, a restrição cognitiva teve um efeito sobre o estigma internalizado (ß = 0,285, p < 0,001). Para a alimentação emocional, o estigma vivenciado (ß = -0,139, p = 0,018), o estigma internalizado (ß = 0,180, p < 0,001) e o estigma antecipado (ß = 0,234, p < 0,001) tiveram um efeito. Por fim, para a alimentação descontrolada, o estigma internalizado (ß = 0,123, p = 0,012) e o estigma antecipado (ß = 0,271, p < 0,001) tiveram um efeito.

Conclusões. De acordo com os resultados obtidos, conclui-se que as mulheres apresentam maior alimentação consciente, restrição cognitiva e comer emocional em comparação aos homens. Existe correlação positiva entre o estigma experimentado, estigma internalizado, a consciência do estigma e o estigma antecipado com a conduta alimentar adaptativa de alimentação consciente, bem como com os comportamentos alimentares mal adaptativos de comer emocional, comer sem controle e restrição cognitiva.

As variáveis do modelo do estigma do peso explicam os comportamentos alimentares adaptativas de alimentação consciente e alimentação intuitiva, assim como os comportamentos mal adaptativos de restrição cognitiva, comer emocional e comer sem controle. Nos efeitos diretos destaca-se o estigma internalizado, o qual se apresenta em os comportamentos alimentares; o estigma experimentado apresentou efeito sobre a alimentação intuitiva em comportamentos adaptativas; quanto aos comportamentos mal adaptativos, apresentou efeito sobre o comer emocional e comer sem controle. A consciência do estigma apresentou efeito direto sobre a restrição cognitiva. Os achados do estudo sugerem que o estigma do peso tem relevância nos comportamentos alimentares das pessoas que o apresentam, portanto, é necessário que os profissionais de enfermagem considerem incorporar o estigma do peso para realizar intervenções de cuidado focadas na modificação de comportamentos de alimentação e melhorar não apenas o estado de saúde, mas também o bem-estar emocional e mental das pessoas.

Referências

Anastasiadou, D., Tárrega, S., Fornieles-Deu, A., Moncada-Ribera, A., Bach-Faig, A., & Sánchez-Carracedo, D. (2024). Experienced and internalized weight

stigma among Spanish adolescents. BMC Public Health, 24(1), 1743. https://doi.org/10.1186/S12889-024-19246-7

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/FORMAT/EPUB

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

Puhl, R. M., Lessard, L. M., Pearl, R. L., Grupski, A., & Foster, G. D. (2021). Policies to address weight discrimination and bullying: Perspectives of adults engaged in weight management from six nations. Obesity, 29(11), 1787-1798. https://doi.org/10.1002/oby.23275

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

Instituição que concedeu financiamento: Secretaria de Ciência, Humanidades, Tecnologia e Inovação (SECIHTI).

Abstract

Explanatory model of weight stigma in adaptive and maladaptive eating behaviors

Introduction. Weight stigma, understood as a process, begins with experienced stigma, which occurs when an individual encounters negative labels and prejudices regarding their weight. The individual assimilates and internalizes these labels, accepting them as true, which leads to the development of an awareness of being stigmatized and, ultimately, to the anticipation of being stigmatized—manifested by increased vigilance toward any behavior that could be considered stigmatizing. This process can negatively impact the individual, generating changes in adaptive eating behaviors, which are identified as positive aspects that allow for the identification of flavors, aromas, portions, and the quality of food consumed, such as mindful and intuitive eating.

Conversely, weight stigma leads to a diminished ability to identify positive aspects of eating, turning food intake into a coping mechanism for emotions that individuals link with food. This favors an increase in maladaptive eating behaviors, such as emotional eating, which involves eating due to anxiety, sadness, fear, anger, or happiness, among others; cognitive restraint, which leads the individual to feel guilt and to limit the amounts and types of food they allow themselves to consume; and, consequently, uncontrolled eating—episodes of consuming large amounts of food in short periods of time. These behaviors are reinforced by stigma, creating a negative vicious cycle of which the individual is unaware, hindering their access to health institutions.

Objective. To analyze the effect of weight stigma: (a) experienced, (b) internalized, (c) conscious, and (d) anticipated on adaptive eating behaviors: (a) mindful eating and (b) intuitive eating; and on maladaptive eating behaviors: (a) emotional eating, (b) cognitive restraint, and (c) uncontrolled eating.

Method. A descriptive, correlational, cross-sectional, and model-testing study design. The participants were university students aged 18 to 25 of both sexes from a public institution in Mexico City. The sample size was 745 participants, calculated using G*Power® with a 95% confidence level, a statistical power of .90, and a design effect of 0.4 for a structural equation model with 12 variables. Sampling was conducted by quotas, proportional to the size of each participating

major. Students who reported being diagnosed with and/or under psychological or pharmacological treatment for the management of conditions such as depression, anxiety, or eating disorders, or metabolic diseases involving problematic weight control, such as hyper- or hypothyroidism and diabetes mellitus, were excluded.

Data normality was determined using the Kolmogorov-Smirnov test; descriptive statistics were used, employing frequencies and percentages for qualitative variables and measures of central tendency for quantitative variables. Non-parametric inferential analysis was used for variables with a non-normal distribution. Correlation was performed using Spearman's Rho, followed by structural equation modeling considering the following goodness-of-fit indices: Comparative Fit Index (CFI), Goodness of Fit Index (GFI), Tucker-Lewis Index (TLI), and the Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA). The statistical packages IBM SPSS Statistics V.23 and AMOS were employed. The study followed the guidelines established in the Regulations of the General Law on Health Research (SSA, 1987), in its latest reform published by the Official Gazette of the Federation (2014), and was approved by an Ethics Committee registered with the National Bioethics Commission in Mexico under registration number FAEN-D-1922.

Results. Regarding sex, 67.6% were women (n = 529), the mean age was 20.1 years (SD = 1.9), and the mean BMI was 24.2 kg/m2 (SD = 4.1). When comparing weight stigma by sex and nutritional index, significant differences were observed in anticipated stigma ($p < .01$) and stigma awareness ($p < .01$), as well as in adaptive eating behaviors of mindful eating ($p < .01$) and cognitive restriction ($p < .01$), and in maladaptive eating behaviors of emotional eating ($p < .01$) and uncontrolled eating ($p < .01$). Intuitive eating was explained by experienced stigma (ß = -.129, p = .001), internalized stigma (ß = -.120, p = .004) and anticipated stigma (ß = -.104, p = .019); in the case of mindful eating it was explained by internalized stigma (ß = .232, p < .000) and anticipated stigma (ß = .171, p < .001); while cognitive restriction was explained by internalized stigma (ß = .220, p < .001) and stigma awareness (ß = .094, p = .010); Emotional eating was explained by experienced stigma (ß = .103, p = .008), internalized stigma (ß = .181, p < .001) and anticipated stigma (? = .176, p <

.001) and uncontrolled eating by experienced stigma (ß = .094, p = .017), internalized stigma (ß = .142, p = .001) and anticipated stigma (ß = .189, p < .001). In adaptive eating behaviors such as intuitive eating, the effects of experienced stigma (ß = .193, p < .001), internalized stigma (ß = -.113, p = .020), and anticipated stigma (ß = -.160, p = .007) were observed; for mindful eating, it was internalized stigma (ß = -.285, p < .001). Regarding maladaptive eating behaviors, cognitive restriction had an effect of internalized stigma (ß = .285, p < .001). For emotional eating, the experienced stigma (ß = -.139, p = .018), the internalized stigma (ß = .180, p < .001) and the anticipated stigma (ß = .234, p < .001) had an effect, and finally, for uncontrolled eating, the internalized stigma (ß = .123, p = .012) and the anticipated stigma (ß = .271, p < .001) had an effect.

Conclusions. Based on the results obtained, it is concluded that women present higher levels of mindful eating, cognitive restraint, and emotional eating compared to men.

There is a positive correlation between experienced stigma, internalized stigma, stigma consciousness, and anticipated stigma with the adaptive eating behavior of mindful eating, as well as with the maladaptive eating behaviors of emotional eating, uncontrolled eating, and cognitive restraint.

The variables in the weight stigma model explain the adaptive eating behaviors of mindful and intuitive eating, as well as the maladaptive behaviors of cognitive restraint, emotional eating, and uncontrolled eating. Regarding direct effects, internalized stigma stands out, as it is present across all eating behaviors; experienced stigma showed an effect on intuitive eating within adaptive behaviors, while for maladaptive behaviors, it showed an effect on emotional eating and uncontrolled eating. Stigma consciousness presented a direct effect on cognitive restraint. The study findings suggest that weight stigma is highly relevant to the eating behaviors of those who experience it. Therefore, it is necessary for nursing professionals to consider incorporating weight stigma into care interventions focused on modifying eating behaviors to improve not only health status but also the emotional and mental well-being of individuals.

References

Anastasiadou, D., Tárrega, S., Fornieles-Deu, A., Moncada-Ribera, A., Bach-Faig, A., & Sánchez-Carracedo, D. (2024). Experienced and internalized weight stigma among Spanish adolescents. BMC Public Health, 24(1), 1743. https://doi.org/10.1186/S12889-024-19246-7

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/FORMAT/EPUB

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

Puhl, R. M., Lessard, L. M., Pearl, R. L., Grupski, A., & Foster, G. D. (2021). Policies to address weight discrimination and bullying: Perspectives of adults engaged in weight management from six nations. Obesity, 29(11), 1787-1798. https://doi.org/10.1002/oby.23275

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

Institution that granted financing: Secretariat of Science, Humanities, Technology and Innovation (SECIHTI).

Resumen

Modelo explicativo del estigma del peso en conductas alimentarias adaptativas y mal adaptativas

Introducción. El estigma del peso, entendido como un proceso, comienza con el estigma experimentado que se presenta cuando una persona experimenta etiquetas negativas y prejuicios sobre su peso. La persona asimila e internalizan

estas etiquetas y las aceptan como verdaderas lo que conlleva a desarrollar una conciencia de ser estigmatizado y finalmente, al desarrollo de la anticipación de ser estigmatizado, manifestada por una creciente vigilancia ante cualquier comportamiento que pueda considerarse estigmatizante. Este proceso puede impactar negativamente en la persona, generando cambios en las conductas alimentarias adaptativas que se identifican como aspectos positivos que permiten identificar sabores, aromas, porciones y calidad de los alimentos consumidos, como pueden ser la alimentación consciente e intuitiva. En contraparte, el estigma del peso, genera disminución de la capacidad para identificar aspectos positivos de la alimentación convirtiendo la ingesta de alimentos en un mecanismo de afrontamiento de emociones que la personas vinculan con la comida, favoreciendo el incremento de conductas alimentarias mal adaptativas, como la alimentación emocional que implica comer por ansiedad, tristeza, miedo, enojo, felicidad, entre otras; la restricción cognitiva que lleva a la persona a sentir culpa y a limitarse en las cantidades de alimentos y el tipo de comidas que se permite consumir, generando como consecuencia la alimentación sin control que son momentos de ingesta de grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo que son retroalimentados por el estigma generando así un ciclo vicioso negativo del cual persona no es consciente y dificulta su acercamiento a instituciones de salud.

Objetivo. Analizar el efecto del estigma: a) experimentado, b) internalizado, c) consciente y d) anticipado, sobre las conductas alimentarias adaptativas: a) alimentación consciente y b) alimentación intuitiva y las conductas alimentarias mal adaptativas: a) alimentación emocional, b) restricción cognitiva y c) alimentación sin control.

Método. Diseño del estudio descriptivo, correlacional, transversal y de comprobación de modelo. Participaron estudiantes universitarios de 18 a 25 años de ambos sexos, en una institución pública de la Ciudad de México. Tamaño de muestra 745 participantes, calculada en G*Power® con nivel de confianza 95%, potencia de prueba 90, efecto del diseño 0.4, para un modelo de ecuaciones estructurales para 12 variables. El muestreo fue por cuotas, proporcional al tamaño de cada carrera participante. Se excluyeron aquellos estudiantes que refirieron 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 o metabólica que implique un control problemático del peso como hiper o hipotiroidismo y diabetes mellitus. Se determinó normalidad de los datos mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, se utilizó estadística descriptiva mediante frecuencias y porcentajes para variables cualitativas y medidas de tendencia central para cuantitativas. Análisis inferencial no paramétrico para variables con distribución no normal. Se realizó correlación por Rho de Spearman y por último el modelo de ecuaciones estructurales considerando los índices de bondad de ajuste: índice de ajuste comparativo (CFI), índice de bondad de ajuste (GFI), el índice de Tucker-Lewis (TLI) y el error cuadrático medio de aproximación raíz (RMSEA). Se emplearon los paquetes estadísticos de IBM SPSS Statistics V.23 y AMOS. EL estudio siguió los lineamientos establecidos en 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) y contó con aprobación por Comité de Ética registrado ante la Comisión Nacional de Bioética en México con número de registro FAEN-D-1922.

Resultados. Respecto al sexo el 67.6% fueron mujeres (n = 529), la media de edad fue de 20.1 años (DE = 1.9), la media del IMC fue 24.2 kg/m2 (DE = 4.1). Al comparar el estigma del peso por sexo y por índice nutricio se observaron diferencias significativas en estigma anticipado ($p < .01$) y consciencia del estigma ($p < .01$), así como en conductas alimentarias adaptativas de alimentación consciente ($p < .01$) y restricción cognitiva ($p < .01$) y en conductas alimentarias mal adaptativas de comer emocional ($p < .01$) y comer sin control ($p < .01$). El comer intuitivo fue explicó por el estigma experimentado (ß = -.129, $p = .001$), el estigma internalizado (ß = -.120, $p = .004$) y estigma anticipado (ß = -.104, $p = .019$); en el caso de la alimentación consciente se explicó por el estigma internalizado (ß = .232, $p < .000$) y estigma anticipado (ß = .171, $p < .001$); mientras que la restricción cognitiva se explicó por el estigma internalizado (ß = .220, $p < .001$) y la consciencia del estigma (ß = .094, $p = .010$); en cuanto al comer emocional se explicó por el estigma experimentado (ß = .103, $p = .008$), el estigma internalizado (ß = .181, $p < .001$) y el estigma anticipado (ß = .176, $p < .001$) y comer sin control por estigma experimentado (ß

= .094, p = .017), estigma internalizado (ß = .142, p = .001) y estigma anticipado (ß = .189, p < .001). En las conductas alimentarias adaptativas de comer intuitivo se observó efecto del estigma experimentado (ß = .193, p < .001), estigma internalizado (ß = -.113, p = .020) y estigma anticipado (ß = -.160, p = .007), para la alimentación consciente fue el estigma internalizado (ß = -.285, p < .001). Con respecto a las condutas alimentarias mal adaptativas la restricción cognitiva tuve efecto el estigma internalizado (ß = .285, p < .001); para el comer emocional tuvieron efecto el estigma experimentado (ß = -.139, p = .018), el estigma internalizado (ß = .180, p < .001) y el estigma anticipado (ß = .234, p < .001) y por último, en el comer sin control presentaron efecto el estigma internalizado (ß = .123, p = .012) y el estigma anticipado (ß = .271, p < .001).

Conclusiones. De acuerdo con los resultados obtenidos se concluye que las mujeres presentan mayor alimentación consciente, restricción cognitiva y comer emocional en comparación que los hombres.

Existe correlación positiva entre el estigma experimentado, estigma internalizado, la consciencia del estigma y estigma anticipado con las conductas alimentarias adaptativa de alimentación consciente, así como con las conductas alimentarias mal adaptativas de comer emocional, comer sin control y restricción cognitiva.

Las variables del modelo del estigma del peso explica las conductas alimentarias adaptativas de alimentación consciente y alimentación intuitiva, así como las condutas mal adaptativas de restricción cognitiva, comer emocional y comer sin control, en los efectos directos destaca el estigma internalizado el cual presenta en todas las conductas alimentarias, el estigma experimentado presentó efecto sobre alimentación intuitiva en conductas adaptativas, en cuanto a las conductas mal adaptativas presentó efecto sobre el comer emocional y comer son control. La consciencia del estigma presentó efecto directo sobre la restricción cognitiva. Los hallazgos del estudio sugieren que el estigma del peso tiene relevancia en las conductas alimentarias de las personas que lo presentan, por lo que es necesario que los profesionales de enfermería consideran incorporar el estigma del peso para realizar intervenciones de

cuidado enfocadas en la modificación de conductas de alimentación y mejorar no sólo el estado de salud, así como el bienestar emocional y mental de las personas.

Referencias

Anastasiadou, D., Tárrega, S., Fornieles-Deu, A., Moncada-Ribera, A., Bach-Faig, A., & Sánchez-Carracedo, D. (2024). Experienced and internalized weight stigma among Spanish adolescents. BMC Public Health, 24(1), 1743. https://doi.org/10.1186/S12889-024-19246-7

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/FORMAT/EPUB

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

Puhl, R. M., Lessard, L. M., Pearl, R. L., Grupski, A., & Foster, G. D. (2021). Policies to address weight discrimination and bullying: Perspectives of adults engaged in weight management from six nations. Obesity, 29(11), 1787-1798. https://doi.org/10.1002/oby.23275

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

Institución que otorgó financiamiento: Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI).

Palavras-chave: estigma social; conductas alimentarias; sobrepeso; obesidad.