



## Trabajo Original

Obesidad y síndrome metabólico

### Obesidad, estigma relacionado con el peso y su asociación con la percepción de la calidad de vida en estudiantes universitarios chilenos

*Obesity, weight-related stigma and its association with the perception of quality of life in Chilean university students*

Fabiola Vilugrón<sup>1</sup>, Milenko Cortés<sup>2</sup>, Javiera Valenzuela<sup>2</sup>, Camila Rojas<sup>2</sup>, Paulina Gutiérrez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Salud, Comunidad y Gestión, <sup>2</sup>Nutrición y Dietética. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Playa Ancha. Valparaíso, Chile

### Resumen

**Introducción:** el efecto de la exposición al estigma relacionado con el peso en la calidad de vida de los jóvenes con obesidad ha recibido poca atención.

**Objetivo:** identificar la prevalencia de estigma relacionado con el peso y analizar su asociación con la obesidad y la percepción de la calidad de vida en estudiantes universitarios de Valparaíso, Chile.

**Metodología:** estudio de tipo correlacional y diseño transversal. Participaron 262 estudiantes universitarios, de 18 a 29 años de edad, matriculados en la Facultad de Ciencias de la Salud de una universidad pública de Valparaíso, Chile. La calidad de vida se evaluó con la escala WHOQOL-BREF; el estigma relacionado con el peso, con el Inventario breve de Situaciones Estigmatizantes (SSI); y el estado nutricional, con la clasificación del índice de masa corporal (IMC). La aplicación de los cuestionarios fue en línea y las respuestas fueron anónimas. Se realizaron modelos de regresión logística múltiple para evaluar la asociación entre las variables, ajustados por sexo y edad.

**Resultados:** la prevalencia de estigma relacionado con el peso fue del 13,2 % en eutróficos, 24,4 % en sobrepesos y 68,0 % en obesos. El estigma relacionado con el peso, más que la obesidad en sí misma, se asoció con una peor salud física percibida (OR: 4,30; 95 % IC: 2,10-8,80), salud psicológica (OR: 4,51; 95 % IC: 2,20-9,26), relaciones sociales (OR: 3,21; 95 % IC: 1,56-6,60) y ambiente (OR: 2,86; 95 % IC: 1,33-6,14).

**Conclusiones:** los estudiantes expuestos a situaciones estigmatizantes relacionadas con el peso tuvieron una peor percepción de su calidad de vida en comparación con aquellos no estigmatizados.

#### Palabras clave:

Estigma de peso. Prejuicio de peso. Obesidad. Peso corporal. Calidad de vida. Estudiantes.

Recibido: 01/07/2022 • Aceptado: 15/01/2023

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

*Agradecimientos:* los autores agradecen a los directores de carrera y estudiantes por su cooperación en este estudio.

*Contribuciones de los autores:* los/as autores/as son responsables de la investigación y han participado en el concepto, diseño, análisis e interpretación de los datos, escritura y corrección del manuscrito.

Vilugrón F, Cortés M, Valenzuela J, Rojas C, Gutiérrez P. Obesidad, estigma relacionado con el peso y su asociación con la percepción de la calidad de vida en estudiantes universitarios chilenos. *Nutr Hosp* 2023;40(3):543-550

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.04338>

#### Correspondencia:

Fabiola Vilugrón. Departamento de Salud, Comunidad y Gestión. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Playa Ancha. Independencia 2022. Valparaíso, Chile  
e-mail: [fabiola.vilugron@upla.cl](mailto:fabiola.vilugron@upla.cl)

## Abstract

**Introduction:** little attention has been paid to the effect of exposure to weight-related stigma on the quality of life of young Chileans with obesity.

**Objective:** to identify the prevalence of weight-related stigma and to analyze its association with obesity and the perception of quality of life in university students from Valparaíso, Chile.

**Methods:** correlational type study and cross-sectional design. Two hundred and sixty-two university students participated, from 18 to 29 years old, matriculated in the Faculty of Health Sciences of a public university in Valparaíso, Chile. Quality of life was assessed with the WHOQOL-BREF scale, weight-related stigma with the Brief Stigmatizing Situations Inventory (SSI), and nutritional status with body mass index (BMI) classification. The application of the questionnaires was on-line and the answers were anonymous. Multiple logistic regression models were used to evaluate the association between the variables, adjusted for gender and age.

**Results:** the prevalence of stigma related to weight was 13,2 % in eutrophic, 24,4 % in overweight and 68,0 % in obese. Weight-related stigma, rather than obesity itself, is associated with poorer perceived physical health (OR: 4.30; 95 % CI: 2.10-8.80), psychological health (OR: 4.51; 95 % CI: 2.20-9.26), social relationships (OR: 3.21; 95 % CI: 1.56-6.60) and environment (OR: 2.86; 95 % CI: 1.33-6.14).

**Conclusion:** students exposed to stigmatizing situations related to weight had a worse perception of their quality of life compared to those not stigmatized.

### Keywords:

Weight stigma. Weight prejudice. Body weight. Obesity. Quality of life. Students.

## INTRODUCCIÓN

La obesidad se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa corporal que puede ser perjudicial para la salud y que resulta principalmente de una combinación de factores genéticos, epigenéticos y ambientales (1,2). Según los datos reportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2016 más de 650 millones de adultos fueron diagnosticados con obesidad (2). En Chile, en 2017, la prevalencia de obesidad y obesidad mórbida en jóvenes de entre 20 y 29 años fue del 22,5 % y 2,1 % respectivamente, constituyendo uno de los principales problemas de salud pública del país (3).

Investigaciones previas han documentado que los jóvenes con obesidad perciben una peor calidad de vida en comparación con sus pares con peso saludable (4,5). Sin embargo, este deterioro podría ser mayor en aquellos que se enfrentan a estereotipos y sesgos negativos basados en su peso corporal.

El estigma relacionado con el peso se refiere a la devaluación y denigración social en función del tamaño, forma o peso corporal, con una prevalencia cercana al 23 % (6). Según Goffman (7), el atributo que estigmatiza a una persona la desacredita, anula sus restantes atributos y puede confirmar la normalidad de otro. Estudios recientes señalan que la mayoría de los jóvenes con obesidad experimentan discriminación, exclusión, trato injusto y prejuicio en entornos cotidianos, fundamentado en la suposición de que el exceso de peso se deriva de la falta de autodisciplina y de responsabilidad personal (8). Estos actos son en su mayoría tolerados socialmente debido a que existe una sobrevaloración cultural de la delgadez, así como la creencia de que el estigma motivará y presionará a las personas a perder peso (1).

La estigmatización ha sido considerada un factor estresante (9) que puede provocar respuestas negativas, tales como angustia psicológica (10), dolor corporal (11), depresión, baja autoestima e insatisfacción corporal (12,13), conductas suicidas (14) y bajo rendimiento académico (15), pudiendo, además, contribuir al incremento de comportamientos negativos (niveles más bajos de actividad física, mayor evitación del ejercicio, aumento de la ingesta de alimentos y patrones de alimentación inadecuados), exacerbando con ello la obesidad (16,17).

Aunque se ha informado la relación entre el estigma relacionado con el peso y la calidad de vida, los jóvenes chilenos con obesidad no han sido estudiados. El propósito de esta investigación fue identificar la prevalencia de estigma relacionado con el peso y analizar su asociación con la obesidad y la percepción de la calidad de vida en estudiantes universitarios de Valparaíso, Chile. Estos resultados podrían contribuir a la formulación de políticas públicas y al desarrollo de programas de prevención y tratamiento de la obesidad con enfoques no estigmatizantes.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de tipo correlacional y diseño transversal entre marzo y diciembre de 2021.

### POBLACIÓN Y MUESTRA

Participaron estudiantes universitarios que cursan carreras de pregrado impartidas por una Facultad de Ciencias de la Salud ubicada en la ciudad de Valparaíso, Chile. Los criterios de inclusión fueron tener entre 18 y 29 años y estar matriculados en el segundo semestre del 2021. Se excluyó a las embarazadas y a los estudiantes extranjeros de intercambio. Se calculó una muestra aleatoria por conveniencia, considerando una referencia de  $p = 0,23$  definida a partir de la prevalencia de percepción de estigma relacionado con el peso en adultos con sobrepeso u obesos (6), una población de 1.509 estudiantes, un intervalo de confianza (IC) del 95 % y un error de muestreo del 5 %, con lo que se obtuvo un número mínimo necesario de 231. La muestra final para el análisis fue de 262 estudiantes.

Se invitó a los participantes a completar una encuesta en línea enviada al correo electrónico institucional durante los meses de octubre y noviembre de 2021. Se diseñó un cuestionario de autoinforme usando el formulario de Google y un enlace al consentimiento informado. El tiempo promedio de aplicación fue de 15 minutos y las respuestas fueron anónimas.

## VARIABLES

Se analizaron las siguientes variables:

- *Sociodemográficas*: sexo (hombre, mujer), edad (años), región de origen, carrera (Nutrición y Dietética, Terapia Ocupacional, Enfermería, Fonoaudiología, Kinesiología), trabajo (sí, no), estado civil (soltero/a, casado/a, conviviente, viudo/a, unión civil, divorciado/a) e hijos (sí, no).
- *Estado nutricional*: el peso corporal y la estatura se obtuvieron mediante el autorreporte (18). Para determinar el estado nutricional se utilizó el índice de masa corporal (IMC) dividiendo el peso corporal (kg) entre la estatura (metros) al cuadrado, y su resultado se clasificó en: bajo peso ( $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ ), eutrófico ( $18,5$  a  $24,9 \text{ kg/m}^2$ ), sobrepeso ( $25$  a  $29,9 \text{ kg/m}^2$ ) y obesidad ( $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) (19).
- *Estigma relacionado con el peso*: se midió utilizando el Inventario breve de Situaciones Estigmatizantes (SSI) de diez ítems propuesto por Vartanian (20) y validado en Chile por Gómez-Pérez y Ortiz (21) (alfa de Cronbach  $[\alpha] = 0,93$ ). Las puntuaciones van de 0 a 9 puntos; los mayores puntajes indican mayor estigma relacionado con el peso. Para cada ítem, las respuestas 0 y 1 se categorizaron en 0 y se clasificaron como “no frecuentes” y las categorías de respuesta 2 a 9 se categorizaron en 1 y se clasificaron como “frecuentes”. El  $\alpha$  para nuestra muestra fue 0,91. El puntaje total se obtuvo mediante la sumatoria de los ítems, se utilizó el p25 como punto de corte y se clasificaron los puntajes  $> \text{p}25$  como expuestos a “estigma relacionado con el peso”.
- *Calidad de vida*: se midió utilizando la escala WHOQOL-BREF (22) de 26 ítems agrupados en cuatro dominios (salud física [siete ítems], salud psicológica [seis ítems], relaciones sociales [tres ítems] y ambiente [ocho ítems]), así como una autoevaluación de la calidad de vida general (un ítem) y satisfacción general con la salud (un ítem). Cada ítem se puntúa en un rango de 1 a 5; las puntuaciones más altas indican una mejor calidad de vida. Además, cada puntuación de dominio se transformó en una escala de 0 a 100. El  $\alpha$  reportado en Chile (23) para el cuestionario total fue de 0,92, coincidiendo con el obtenido en nuestra muestra.

## ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizaron estadísticas descriptivas para informar las características de la muestra. Se comprobaron la normalidad de los datos con el test de Shapiro-Wilk y la homocedasticidad con el test de Levene. Para las variables continuas se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes y el test Mann Whitney en el caso de no cumplirse los supuestos de normalidad y homocedasticidad. Para la comparación de variables categóricas se utilizaron la prueba  $\chi^2$  y el test exacto de Fisher. Se realizó un análisis de regresión logística múltiple y se calculó la razón de probabilidad (OR) con su respectivo IC del 95 % para investigar la asociación entre la obesidad, el estigma relacionado con el peso y la percepción de la calidad de vida. Se evaluó la existencia de

variables de confusión y modificadoras del efecto. Los modelos se ajustaron por sexo (hombre: 0; mujer: 1) y edad (años cumplidos). Para evaluar la bondad de ajuste se utilizó la prueba de Hosmer y Lemeshow. El análisis estadístico se realizó utilizando el *software* Stata v. 15.0. Los valores de  $p < 0,05$  se consideraron estadísticamente significativos.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad de Playa Ancha (acta n.º 37, 2021) y se realizó cumpliendo con los principios éticos promulgados por la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki. La participación fue voluntaria y quienes aceptaron formar parte de esta investigación firmaron un consentimiento informado. Los datos obtenidos fueron anónimos.

## RESULTADOS

La muestra incluyó 262 estudiantes universitarios, de los cuales el 82,8 % eran mujeres. La edad media fue de  $22,8 \pm 2,7$  años (rango 18-29 años). El 80,2 % procede de la Región de Valparaíso, el 90,8 % se encuentra soltero y el 92,7 % reportó no tener hijos. El IMC medio fue de  $25,9 \text{ kg/m}^2$  (DE 4,9), con mayor proporción en la categoría de eutróficos (49,2 %), seguida por sobrepeso (32,8 %) y obesidad (18,0 %). La proporción de eutróficos es mayor en la carrera de Nutrición y Dietética (69,2 %) y la de obesidad, en Fonoaudiología (34,2 %) ( $p < 0,05$ ) (Tabla I). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de los dominios de calidad de vida según el estado nutricional de los participantes (Tabla II).

En la tabla III se observa que las mujeres son más propensas a experimentar frecuentemente situaciones estigmatizantes que los hombres. Para las preguntas P6 (“Siento que la gente me mira por mi peso”) y P9 (“Me he molestado porque un familiar cercano insistentemente me ha dicho que baje de peso”), las prevalencias fueron del 39,2 % y 48,4 % vs. 24,4 % y 22,2 %, respectivamente ( $p < 0,05$ ). La prevalencia de experimentar frecuentemente situaciones estigmatizantes en los participantes categorizados como obesos fue significativamente mayor en todos los ítems respecto a sus pares eutróficos o con sobrepeso ( $p < 0,05$ ). Las prevalencias más altas se reportan en P4 (“Porque tengo sobrepeso, la gente piensa que como en exceso o como grandes cantidades de comida”) (89,4 % vs. 27,4 %) y en P5 (“No encuentro ropa de la talla que necesito”) (76,6 % vs. 29,8 %). No hubo diferencias en las prevalencias de situaciones estigmatizantes según grupo de edad. La prevalencia del estigma relacionado con el peso (definido como una puntuación SSI  $> \text{p}25$ ) fue del 26,7 %, siendo mayor en mujeres (29,5 %) respecto de los hombres (13,3 %) y en quienes presentan obesidad (68,0 % vs. eutróficos (13,2 %) y sobrepeso (24,4 %) ( $p < 0,05$ ).

El análisis de regresión logística múltiple (Tabla IV) muestra que, en comparación con aquellos no estigmatizados, los que reportan estigma relacionado con el peso tienen 4,30 veces más

probabilidad de informar una peor percepción de su salud física (OR: 4,30; 95 % IC: 2,10-8,80), 4,51 veces más probabilidad de informar una peor percepción de su salud psicológica (OR: 4,51; 95 % IC: 2,20-9,26), 3,21 veces más probabilidad

de informar una peor percepción de sus relaciones sociales (OR: 3,21; 95 % IC: 1,56-6,60) y 2,86 veces más probabilidad de informar una peor percepción del ambiente (OR: 2,86; 95 % IC: 1,33-6,14).

**Tabla I.** Características de la muestra según estado nutricional (n = 262)

Variables	Estado nutricional			P	
	Total (n = 262)	Eutrófico (n = 129)	Sobrepeso (n = 86)		Obeso (n = 47)
Sexo					0,625
Hombre	45 (17,2)	24 (53,3)	12 (26,7)	9 (20,0)	
Mujer	217 (82,8)	105 (48,4)	74 (34,1)	38 (17,5)	
Edad (años) (Md ± DE)	22,8 ± 2,7	22,6 ± 2,7	22,9 ± 2,7	22,8 ± 2,9	0,745
Grupo de edad (n %)					0,514
18-24 años	195 (74,4)	100 (51,3)	62 (31,8)	33 (16,9)	
25-29 años	67 (25,6)	29 (43,3)	24 (35,8)	14 (20,9)	
Región de origen					0,400
Región de Valparaíso (n %)	210 (80,2)	100 (77,5)	73 (84,9)	37 (78,7)	
Otras regiones	52 (19,8)	29 (22,5)	13 (15,1)	10 (21,3)	
Estado civil					0,438
Soltero	238 (90,8)	120 (50,4)	77 (32,4)	41 (17,2)	
Casado o conviviente	24 (9,2)	9 (37,5)	9 (37,5)	6 (25,0)	
Hijos (n %)					0,935
Sin hijos	243 (92,7)	120 (49,4)	80 (32,9)	43 (17,7)	
1 o más hijos	19 (7,3)	9 (47,4)	6 (31,6)	4 (21,0)	
Carreras (n %)					0,001**
Nutrición y dietética	52 (19,9)	36 (69,2)	15 (28,9)	1 (1,9)	
Kinesiología	65 (24,8)	30 (46,2)	20 (30,8)	15 (23,0)	
Fonoaudiología	38 (14,5)	10 (26,3)	15 (39,5)	13 (34,2)	
Enfermería	49 (18,7)	20 (40,8)	18 (36,7)	11 (22,5)	
Terapia ocupacional	58 (22,1)	33 (56,9)	18 (31,0)	7 (12,1)	

Md: media; DE: desviación estándar. \*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001.

**Tabla II.** Puntuaciones de los dominios de WHOQOL-BREF según estado nutricional en estudiantes universitarios (n = 262)

Dominios WHOQOL-BREF (Md ± DE)	Total (n = 262)	Eutrófico (n = 129)	Sobrepeso (n = 86)	Obeso (n = 47)	P
Salud física	64,34 ± 16,74	65,98 ± 16,82	62,49 ± 16,81	62,66 ± 16,28	0,254
Salud psicológica	48,97 ± 19,47	50,76 ± 19,14	49,30 ± 19,31	43,43 ± 20,03	0,085
Relaciones sociales	56,19 ± 24,48	58,74 ± 24,56	53,20 ± 23,16	54,68 ± 26,33	0,240
Ambiente	61,29 ± 16,81	62,19 ± 16,96	60,30 ± 15,24	60,60 ± 19,23	0,689

WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life-BREF; Md: media; DE: desviación estándar. \*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001.

**Tabla III.** Exposición a situaciones estigmatizantes según sexo, grupo de edad y estado nutricional en estudiantes universitarios (n = 262)

Ítem	Total n (%)	Sexo		P	Grupo de edad		P	Obesidad		P
		Hombres n (%)	Mujeres n (%)		18-24 n (%)	25-29 n (%)		Sí n (%)	No n (%)	
P1. Los niños se burlan de mí por mi peso	87 (33,2)	13 (28,9)	74 (34,1)	0,312	66 (34,6)	21 (29,6)	0,414	23 (48,9)	64 (29,8)	0,010 <sup>†</sup>
P2. Las personas tienen bajas expectativas (esperan poco) de mí por mi peso	57 (21,8)	10 (22,2)	47 (21,7)	0,536	44 (23,0)	13 (18,3)	0,361	16 (34,0)	41 (19,1)	0,023 <sup>*</sup>
P3. Porque tengo sobrepeso, la gente piensa que tengo problemas emocionales	46 (17,6)	9 (20,0)	37 (17,1)	0,387	31 (16,2)	15 (21,1)	0,154	26 (55,3)	20 (9,3)	0,000 <sup>†</sup>
P4. Porque tengo sobrepeso, la gente piensa que como en exceso o como grandes cantidades de comida	101 (38,5)	13 (28,9)	88 (40,6)	0,096	75 (39,3)	26 (36,6)	0,536	42 (89,4)	59 (27,4)	0,000 <sup>†</sup>
P5. No encuentro ropa de la talla que necesito	100 (38,2)	13 (28,9)	87 (40,1)	0,107	78 (40,8)	22 (31,0)	0,186	36 (76,6)	64 (29,8)	0,000 <sup>†</sup>
P6. Siento que la gente me mira por mi peso	96 (36,6)	11 (24,4)	85 (39,2)	0,043 <sup>*</sup>	70 (36,6)	26 (36,6)	0,388	30 (63,8)	66 (30,7)	0,000 <sup>†</sup>
P7. El médico me ha recomendado una dieta, pese a que lo he visitado por un problema de salud que no se relaciona con mi peso	49 (18,7)	6 (13,3)	43 (19,8)	0,214	35 (18,3)	14 (19,7)	0,356	24 (51,1)	25 (11,6)	0,000 <sup>†</sup>
P8. He tenido un médico que relaciona cualquiera de mis problemas de salud con mi peso	42 (16,0)	4 (8,9)	38 (17,5)	0,109	29 (15,2)	13 (18,3)	0,245	21 (44,7)	21 (9,8)	0,000 <sup>†</sup>
P9. Me he molestado porque un familiar cercano insistentemente me ha dicho que baje de peso	116 (44,3)	10 (22,2)	106 (48,4)	0,001 <sup>†</sup>	90 (47,1)	26 (36,6)	0,184	33 (70,2)	83 (38,6)	0,000 <sup>†</sup>
P10. Una persona desconocida me ha sugerido que baje de peso	71 (27,1)	9 (20,0)	62 (28,6)	0,106	53 (27,7)	18 (25,4)	0,548	25 (53,2)	46 (21,4)	0,000 <sup>†</sup>
Estigma relacionado con el peso	70 (26,7)	6 (13,3)	64 (29,5)	0,017 <sup>*</sup>	55 (27,9)	15 (22,3)	0,223	32 (68,0)	38 (17,7)	0,000 <sup>†</sup>

<sup>†</sup>p < 0,05; <sup>\*</sup>p < 0,01; <sup>††</sup>p < 0,001.

**Tabla IV. Odds ratio entre obesidad, estigma relacionado con el peso y los dominios de WHOQOL-BREF en estudiantes universitarios (n = 262)**

Variable	Dominios WHOQOL-BREF			
	Salud física OR (IC 95 %)	Salud psicológica OR (IC 95 %)	Relaciones sociales OR (IC 95 %)	Ambiente OR (IC 95 %)
<i>Estigma relacionado con el peso</i>				
No expuestos (ref.)	1	1	1	1
Expuestos	4,30 (2,10-8,80) <sup>‡</sup>	4,51 (2,20-9,26) <sup>‡</sup>	3,21 (1,56-6,60) <sup>‡</sup>	2,86 (1,33-6,14) <sup>‡</sup>
<i>Estado nutricional</i>				
Eutrófico- sobrepeso (ref.)	1	1	1	1
Obesidad	0,57 (0,24-1,35)	0,94 (0,41-2,13)	0,70 (0,30-1,63)	0,67 (0,26-1,70)
<i>Sexo</i>				
Hombre (ref.)	1	1	1	1
Mujer	1,76 (0,68-4,53)	1,27 (0,52-3,17)	0,60 (0,27-1,30)	3,18 (0,92-11,05)
Edad	1,09 (0,97-1,22)	1,06 (0,94-1,19)	1,05 (0,94-1,18)	1,10 (0,97-1,25)
Hosmer-Lemeshow	0,10	0,16	0,49	0,20

WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life-BREF; OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza. \* $p < 0,05$ ; <sup>†</sup> $p < 0,01$ ; <sup>‡</sup> $p < 0,001$ .

## DISCUSIÓN

Nuestra investigación analizó la asociación entre la obesidad, el estigma relacionado con el peso y la percepción de la calidad de vida en estudiantes universitarios matriculados en la Facultad de Ciencias de la Salud adscrita a una universidad pública de Valparaíso, Chile. Los resultados muestran que la prevalencia de obesidad es inferior a los datos publicados por la Encuesta Nacional de Salud (3) y por estudios previos (24,25). Investigaciones señalan que estas diferencias pueden ser atribuidas a que el estilo de vida y los hábitos alimentarios de los estudiantes de Ciencias de la Salud son más saludables que los de estudiantes de otras ciencias, siendo factores clave el conocimiento sobre alimentación y nutrición y el mayor nivel de actividad física (26,27). Sin embargo, se ha demostrado que la regulación del peso corporal en personas con obesidad no solo es el resultado de las elecciones personales centradas en la nutrición y la actividad física, sino que, además, contribuyen otros factores, incluidos los biológicos, genéticos y ambientales, que podrían promover un balance energético positivo y la ganancia de grasa corporal (1,28,29).

En nuestro estudio, la prevalencia de estigma relacionado con el peso fue significativamente mayor en mujeres y en jóvenes con obesidad. Estos resultados son similares a los informados por Prunty, Clark, Hahn, Edmonds y O'Shea (6) en su estudio realizado con universitarios y adultos de Estados Unidos, quienes reportaron una mayor prevalencia de estigma de peso promulgado (discriminación) en ambos grupos. De manera similar, Energici, Acosta, Bórquez y Huaiquimilla (30), en un estudio realizado con jóvenes chilenos, evidenciaron que el tipo de cuerpo considerado como "gordo" varía de acuerdo con el nivel socioeconómico, se consigna de manera diferente para hombres y para mujeres, y es considerado una condición que define a la persona en su

totalidad y que la categoriza como ansiosa, perezosa y descontrolada. Las representaciones sociales que asocian la reducción del peso corporal con el control volitivo podrían explicar la alta prevalencia de personas con obesidad expuestas a situaciones estigmatizantes, debido a que este exceso de peso se atribuye generalmente a una elección consciente y a la falta de disciplina para alcanzar un peso saludable (31). Adicionalmente, la mayor prevalencia de estigma relacionado con el peso en mujeres podría deberse a que son más propensas que los hombres a internalizar mensajes negativos relacionados con su imagen corporal y con la aceptación universitaria (32). En este sentido, la ausencia de leyes, políticas públicas y mensajes que prohíban esta estigmatización contribuye a que su práctica sea aceptada y tolerada socialmente (33).

Investigaciones recientes indican que las personas con obesidad no solo presentan una serie de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (34,35), sino que, además, son objeto de discriminación en los distintos entornos con los que comúnmente interactúan, incluidos los educativos, laborales, sanitarios y familiares (8). En nuestro estudio observamos que, después de ajustar por sexo y edad, el estigma relacionado con el peso, más que la obesidad en sí misma, se relacionó con una peor percepción de salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. Estos resultados son consistentes con los reportes de Hunger y Major (36), quienes concluyeron que el estigma relacionado con el peso en adultos estadounidenses es un mediador importante de la asociación entre el IMC, la salud autoinformada, la discriminación basada en el peso y las preocupaciones sobre el estigma futuro del peso, la salud psicológica y la física.

Para Gibson-Miller y Chater (37), el estigma relacionado con el peso es generalizado entre generaciones, sociedades y culturas y tiene efectos fisiológicos y consecuencias psicológicas perjudiciales que pueden contribuir a incrementar aún más el peso

corporal. Según Tomiyama y Brewis (9,38), esto probablemente ocurre debido a múltiples mecanismos, por ejemplo, aumento de la ingesta de alimentos, particularmente de aquellos poco saludables, con alto contenido de calorías, grasas y azúcar (búsqueda de consuelo ante el estrés y las emociones negativas), el aumento del estrés psicológico (concentraciones elevadas de cortisol endógeno incrementan el consumo de alimentos y el almacenamiento de grasa abdominal) y la emoción negativa y vergüenza corporal debido a los intentos repetidos y fallidos para adelgazar (que provocan la liberación de cortisol).

Investigadores sugieren que las intervenciones centradas en el bienestar de las personas y en la generación de entornos saludables que faciliten el acceso a comportamientos de estilo de vida saludables y reduzcan los sentimientos de estigmatización podrían conducir a una mayor pérdida de peso que aquellas enfocadas en el resultado de las decisiones personales (39,40).

Respecto a las limitaciones de nuestro estudio, estas se deben principalmente al sesgo de selección, debido a que la participación fue voluntaria, por lo que se obtuvo una subrepresentación de los hombres en la muestra. Además, al no existir un punto de corte para clasificar el estigma relacionado con el peso, se ha propuesto el puntaje  $> p25$  como preliminar, sin embargo, es necesario establecer la validez y confiabilidad de este criterio en futuras investigaciones. Al tratarse de un estudio transversal, los resultados reportados no pueden interpretarse en sentido causal. Sin embargo, es importante señalar que nuestro trabajo es el primero en el país en reportar prevalencias de estigma relacionadas con el peso en estudiantes universitarios que nos permiten comprender mejor la magnitud del problema. Asimismo, constituye una fortaleza el haberlo relacionado con la percepción de la calidad de vida.

En conclusión, nuestro estudio sugiere que la exposición a situaciones estigmatizantes relacionadas con el peso, más que la obesidad en sí misma, afecta negativamente la percepción de la calidad de vida de los estudiantes universitarios. Estos resultados pueden contribuir al desarrollo y la formulación de leyes, políticas públicas y estrategias para abordar la prevención y el tratamiento de la obesidad que contribuyan a un cambio cultural y protejan a las personas de la estigmatización y discriminación basada en el peso corporal. En este contexto, las universidades son entornos que ofrecen una oportunidad para la transformación que permita la construcción de una sociedad más inclusiva y libre de estigmatización social.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JL et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med* 2020;26(4):485-97. DOI: 10.1038/s41591-020-0803-x
2. World Health Organization (WHO). Obesity and overweight. Geneva: WHO; 2020. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
3. Ministerio de Salud de Chile. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017: primeros resultados. Ministerio de Salud; 2017. Disponible en: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17\\_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf)
4. Kim SR, Kim HN, Song SW. Associations between mental health, quality of life, and obesity/metabolic risk phenotypes. *Metab Syndr Relat Disord* 2020;18(7):347-52. DOI: 10.1089/met.2020.0028

5. Stephenson J, Smith CM, Kearns B, Haywood A, Bissell P. The association between obesity and quality of life: a retrospective analysis of a large-scale population-based cohort study. *BMC Public Health* 2021;21(1):1990. DOI: 10.1186/s12889-021-12009-8
6. Prunty A, Clark MK, Hahn A, Edmonds S, O'Shea A. Enacted weight stigma and weight self-stigma prevalence among 3821 adults. *Obes Res Clin Pract* 2020;14(5):421-7. DOI: 10.1016/j.orcp.2020.09.003
7. Goffman E. *Estigma: la identidad deteriorada*. Amorrortu; 2006.
8. Puhl RM, Heuer CA. Obesity stigma: important considerations for public health. *Am J Public Health* 2010;100(6):1019-28. DOI: 10.2105/AJPH.2009.159491
9. Tomiyama AJ. Weight stigma is stressful. A review of evidence for the Cyclic Obesity/Weight-Based Stigma model. *Appetite* 2014;82:8-15. DOI: 10.1016/j.appet.2014.06.108
10. Alimoradi Z, Golboni F, Griffiths MD, Broström A, Lin CY, Pakpour AH. Weight-related stigma and psychological distress: a systematic review and meta-analysis. *Clin Nutr* 2020;39(7):2001-13. DOI: 10.1016/j.clnu.2019.10.016
11. Olson KL, Mensinger JL. Weight-related stigma mediates the relationship between weight status and bodily pain: a conceptual model and call for further research. *Body Image* 2019;30:159-64. DOI: 10.1016/j.bodyim.2019.07.005
12. Wu YK, Berry DC. Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: a systematic review. *J Adv Nurs* 2018;74(5):1030-42. DOI: 10.1111/jan.13511
13. Phelan SM, Burgess DJ, Puhl R, Dyrbye LN, Dovidio JF, Yeazel M, et al. The adverse effect of weight stigma on the well-being of medical students with overweight or obesity: findings from a national survey. *J Gen Intern Med* 2015;30(9):1251-8. DOI: 10.1007/s11606-015-3266-x
14. Brochu PM. Weight stigma as a risk factor for suicidality. *Int J Obes (Lond)* 2020;44(10):1979-80. DOI: 10.1038/s41366-020-0632-5
15. Alghawri D, Al-Hussami M, Ayaad O. The impact of obesity on self-esteem and academic achievement among university students. *Int J Adolesc Med Health* 2020;34(3). DOI: 10.1515/ijamh-2019-0137
16. Puhl R, Suh Y. Health consequences of weight stigma: implications for obesity prevention and treatment. *Curr Obes Rep* 2015;4(2):182-90. DOI: 10.1007/s13679-015-0153-z
17. Horenstein A, Kaplan SC, Butler RM, Heimberg RG. Social anxiety moderates the relationship between body mass index and motivation to avoid exercise. *Body Image* 2021;36:185-92. DOI: 10.1016/j.bodyim.2020.11.010
18. Martínez J, Bucheli LM, Manrique LM, Cruz RE, Rojas ZL, Pérez JL. Concordancia del auto-reporte de peso y talla para valoración nutricional en estudiantes universitarios de 18 a 25 años. *Perspect Nut Hum* 2013;15(1):57-65.
19. World Health Organization (WHO). The Asia Pacific perspective: redefining obesity and its treatment. Australia: WHO; 2000. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206936/0957708211\\_eng.pdf?sequence&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206936/0957708211_eng.pdf?sequence&isAllowed=y)
20. Vartanian LR. Development and validation of a brief version of the Stigmatizing Situations Inventory. *Obes Sci Practice* 2015;1(2):119-25. DOI:10.1002/osp4.11
21. Gómez-Pérez D, Ortiz MS. Estigma de obesidad, cortisol e ingesta alimentaria: un estudio experimental con mujeres. *Rev Méd Chile* 2019;147(3):314-21. DOI: 10.4067/S0034-98872019000300314
22. World Health Organization (WHO) - Division of Mental Health. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. WHO; 1996. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63529>
23. Hidalgo-Rasmussen C, Morales G, Ortiz M, Rojas MJ, Balboa-Castillo T, Lanuza F, et al. Propiedades psicométricas de la versión chilena del WHO-QOL-BREF para la calidad de vida. *Psicol Conduct* 2021;29(2):383-98. DOI:10.51668/bp.8321210s
24. Vilugrón F, Fernández N, Letelier J, Medina A, Torrejón M. Uso del etiquetado nutricional y su asociación con la adhesión a la dieta mediterránea y el estado nutricional determinado mediante la percepción de la imagen corporal en estudiantes universitarios de Valparaíso, Chile: un estudio transversal. *Rev Esp Nutr Hum Diet* 2022;26(1):41-51. DOI: 10.14306/renhyd.26.1.1438
25. Badillo RA, Rangel LG, Martínez R, Espinoza R. Prevalencia de factores de riesgo metabólico en estudiantes universitarios latinoamericanos: una revisión sistemática. *Rev Salud Pública* 2021;23(3):1-9. DOI:10.15446/rsap.v23n3.86164
26. Solera A, Gamero A. Hábitos saludables en universitarios de ciencias de la salud y de otras ramas de conocimiento: un estudio comparativo. *Rev Esp Nutr Hum Diet* 2019;23(4):271-82. DOI: 10.14306/renhyd.23.4.762
27. De-Mateo-Silleras B, Camina-Martín MA, Cartujo-Redondo A, Carreño-Enciso L, De-la-Cruz-Marcos S, Redondo-Del-Río P. Health perception according to

- the lifestyle of university students. *J Community Health* 2019;44(1):74-80. DOI: 10.1007/s10900-018-0555-4
28. Hall KD, Kahan S. Maintenance of lost weight and long-term management of obesity. *Med Clin North Am* 2018;102(1):183-97. DOI: 10.1016/j.mcna.2017.08.012
  29. Heindel JJ, Newbold R, Schug TT. Endocrine disruptors and obesity. *Nat Rev Endocrinol* 2015;11(11):653-61. DOI: 10.1038/nrendo.2015.163
  30. Energici M, Acosta E, Borquez F, Huaiquimilla M. Gordura, discriminación y clasismo: un estudio en jóvenes de Santiago. *Psicol Sociedade* 2017;29:e164178. DOI: 10.1590/1807-0310/2017v29i164178
  31. Brown A, Flint SW, Batterham RL. Pervasiveness, impact and implications of weight stigma. *EClinicalMedicine* 2022;47:101408. DOI: 10.1016/j.eclinm.2022.101408
  32. Swami V, Monk R. Weight bias against women in a university acceptance scenario. *J Gen Psychol* 2013;140(1):45-56. DOI: 10.1080/00221309.2012.726288.
  33. Puhl RM, Latner JD, O'Brien KS, Luedicke J, Danielsdottir S, Salas XR. Potential policies and laws to prohibit weight discrimination: public views from 4 countries. *Milbank Q* 2015;93(4):691-731. DOI:10.1111/1468-0009.12162
  34. Powell-Wiley TM, Poirier P, Burke LE, Després JP, Gordon-Larsen P, Lavie CJ, et al. Obesity and cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2021;25;143(21):e984-e1010. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000973
  35. Morys F, Dadar M, Dagher A. Association between midlife obesity and its metabolic consequences, cerebrovascular disease, and cognitive decline. *J Clin Endocrinol Metab* 2021;106(10):4260-74. DOI:10.1210/clinem/dgab135
  36. Hunger JM, Major B. Weight stigma mediates the association between BMI and self-reported health. *Health Psychol* 2015;34(2):172-5. DOI: 10.1037/hea0000106
  37. Gibson-Miller J, Chater A. Ending weight-related stigma as the lynchpin for tackling obesity: a comment on the contribution of the UK's policy response to obesity in the COVID-19 pandemic. *Perspect Public Health* 2022;142(1):15-7. DOI:10.1177/17579139211007885
  38. Brewis AA. Stigma and the perpetuation of obesity. *Soc Sci Med* 2014;118:152-8. DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.08.003
  39. Vilugrón F. Discriminación de niños, niñas y adolescentes con obesidad en contextos escolares. En: Silva-Peña I, Oliva MA, Espinoza O, Santa Cruz E (eds.). *Estallido social en Chile: Lecturas sobre discriminación y desigualdad educativa*. Ediciones Universidad Tecnológica Metropolitana; 2021. pp. 97-114.
  40. Wellman JD, Araza AM, Newell EE, McCoy SK. Weight stigma facilitates unhealthy eating and weight gain via fear of fat. *Stigma Health* 2018;3(3):186-94. DOI: 10.1037/sah0000088