



Más allá del malestar psicológico general: el sesgo de peso internalizado y su asociación con el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en adultos chilenos

Beyond General Psychological Distress: Weight Bias Internalization and its Association with Eating Disorder Risk in Chilean Adults

Carla Ugarte-Pérez¹ <https://orcid.org/0000-0002-8130-131X>
 Claudia Cruzat-Mandich¹ <https://orcid.org/0000-0003-3477-8737>
 Álvaro Quiñones-Bergeret² <https://orcid.org/0000-0002-6993-0324>
 Fernanda Díaz-Castrillón¹ <https://orcid.org/0000-0003-4517-6803>
 Emilio J. Compte¹ <https://orcid.org/0000-0002-6803-5950>
 Camila Oda-Montecinos^{1,3} <https://orcid.org/0000-0002-4988-9969>

¹Universidad Adolfo Ibáñez, Centro de Estudios de la Conducta Alimentaria, Santiago, Chile. E-mail: carla.ugarte.p@uai.cl; claudia.cruzat@uai.cl; fernanda.diaz@uai.cl; emilio.compte@uai.cl

²Universidad de Tarapacá, Facultad de Ciencias Sociales, Iquique, Chile. E-mail: aquinones@academicos.uta.cl

³Universitat Oberta de Catalunya, Estudios de Psicología y Ciencias de la Educación, Barcelona, España. E-mail: coda@uoc.edu

RESUMEN

ANTECEDENTES: El sesgo de peso internalizado (SPI) se ha asociado consistentemente con la sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), pero resulta relevante establecer si esta asociación se mantiene al considerar simultáneamente malestar psicológico general e inseguridad alimentaria. **OBJETIVO:** Examinar la asociación entre el SPI y el riesgo de TCA en adultos chilenos, evaluando su contribución más allá de la edad, los síntomas de depresión, ansiedad y estrés y la inseguridad alimentaria. **MÉTODO:** Estudio transversal realizado en 111 adultos chilenos. Se aplicaron la WBIS-M, el EDI-3-RF, la DASS-21 y la FIES. Se realizaron análisis de correlación y regresiones lineales múltiples jerárquicas. **RESULTADOS:** El SPI se asoció significativamente con el riesgo de TCA y sus dimensiones específicas. Su incorporación al bloque final incrementó significativamente la varianza explicada en todos los modelos ($\Delta R^2 = .128-.474$, todos $p < .001$), que explicaron entre el 51.5% y el 76.5% de la varianza ($R^2 = .515-.765$). **CONCLUSIONES:** El SPI mostró una contribución incremental significativa a los indicadores de riesgo de TCA más allá de las covariables consideradas. Las elevadas asociaciones con la insatisfacción corporal y la obsesión por la delgadez requieren considerar la proximidad conceptual entre estos constructos.

Palabras clave: sesgo de peso internalizado, trastornos de la conducta alimentaria, estigma relacionado con el peso, inseguridad alimentaria.

ABSTRACT

BACKGROUND: Weight bias internalization (WBI) has been consistently associated with eating disorder (ED) symptoms, but it remains important to determine whether this association persists when general psychological distress and food insecurity are considered simultaneously. **OBJECTIVE:** To examine the association between WBI and ED risk among Chilean adults and assess its incremental contribution beyond age, symptoms of depression, anxiety, and stress, and food insecurity. **METHOD:** This cross-sectional study included 111 Chilean adults. Participants completed the WBIS-M, EDI-3-RF, DASS-21, and FIES. Correlation analyses and hierarchical multiple linear regression analyses were conducted. **RESULTS:** WBI was significantly associated with overall ED risk and its specific dimensions. Its addition in the final block significantly increased the explained variance across all models ($\Delta R^2 = .128-.474$, all $p < .001$), with final models explaining 51.5%–76.5% of the variance ($R^2 = .515-.765$). **CONCLUSIONS:** WBI made a significant incremental contribution to ED risk indicators beyond the covariates considered. The strong associations with body dissatisfaction and drive for thinness underscore the need to consider the conceptual proximity among these constructs.

Keywords: weight bias internalization, eating disorders, weight stigma, food insecurity.

Antecedentes

El estigma de peso constituye una forma de estigmatización social basada en el peso corporal, expresada mediante estereotipos, prejuicios y discriminación (Puhl y Heuer, 2009). El estigma de peso ha sido reconocido como un problema de salud pública que perjudica la salud, vulnera derechos humanos y sociales y constituye una barrera para la prevención y el tratamiento de la obesidad (Rubino et al., 2020). Su exposición se ha asociado con depresión, ansiedad, malestar psicológico, menor calidad de vida, conductas alimentarias desadaptativas y evitación de conductas promotoras de salud (Bidstrup et al., 2024; Emmer et al., 2020; Levinson et al., 2024; Pearl et al., 2021; Wu y Berry, 2018), así como con aumento de peso, deterioro metabólico y mayor mortalidad, incluso considerando el peso corporal objetivo (Tomiyama et al., 2018).

Una de sus manifestaciones más perjudiciales es el sesgo de peso internalizado (SPI), proceso mediante el cual las personas aceptan y se aplican los estereotipos negativos socialmente compartidos sobre el peso corporal, generando autodevaluación en función de su peso (Durso y Latner, 2008; Pearl y Puhl, 2018). El SPI se ha asociado consistentemente con síntomas depresivos, ansiedad, baja autoestima, insatisfacción corporal, alteraciones alimentarias y peor calidad de vida, incluso controlando el índice de masa corporal (Emmer et al., 2020; Levinson et al., 2024; Pearl y Puhl, 2018).

Su relación con la psicopatología alimentaria ha recibido creciente atención. Revisiones sistemáticas y metaanálisis muestran asociaciones del SPI con preocupación por el peso y la figura, insatisfacción corporal y conductas alimentarias desadaptativas (Levinson et al., 2024; Pearl y Puhl, 2018). Por ejemplo, Romano et al. (2023) identificaron una asociación moderada con psicopatología alimentaria, además de relaciones con alimentación desinhibida, restricción alimentaria, conductas compensatorias y preocupaciones alimentarias. Estudios específicos han mostrado asociaciones significativas con los distintos componentes del *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q; Sienko et al., 2016), con relaciones particularmente elevadas con preocupación por el peso y preocupación por la figura. Asimismo, Romano et al. (2021) reportaron asociaciones con múltiples manifestaciones de psicopatología alimentaria, incluyendo episodios de atracón, conductas compensatorias, restricción alimentaria y ejercicio excesivo, señalando la insatisfacción corporal como un posible mecanismo en la relación entre estigma de peso y síntomas alimentarios. Bennett et al. (2025) observaron que mayores niveles de SPI se asociaban con un mayor riesgo de TCA en población universitaria. Wang et al. (2024) reportaron asociaciones del SPI con obsesión por la delgadez, síntomas bulímicos e insatisfacción corporal. En conjunto, la evidencia vincula consistentemente el SPI tanto con indicadores globales como con dimensiones específicas de la psicopatología alimentaria.

Sin embargo, persisten interrogantes sobre la especificidad de estas asociaciones. Se ha señalado un posible solapamiento conceptual y de medición entre el SPI y la insatisfacción corporal (Saunders et al., 2022) y la necesidad de examinar su contribución respecto de otros factores implicados en la psicopatología alimentaria (Martin-Wagar et al., 2025). El SPI también coexiste con otros indicadores de vulnerabilidad psicológica, incluyendo síntomas depresivos, ansiedad y malestar emocional general (Christian et al., 2023; Huang et al., 2024; Pullmer et al., 2021), dificultando establecer en qué medida sus asociaciones con el riesgo de TCA reflejan un efecto específico del constructo o, alternativamente, la influencia de procesos psicológicos más amplios. Asimismo, factores contextuales como la inseguridad alimentaria han mostrado asociaciones consistentes con problemas de salud mental, alteraciones de la conducta alimentaria y experiencias de estigma relacionadas con el peso (Gastón-Panthaki et al., 2023). La edad constituye asimismo una covariable relevante, dadas sus asociaciones con el SPI y con indicadores de psicopatología alimentaria en adultos (Henriksen et al., 2020; Hilbert et al., 2014). Por tanto, resulta necesario determinar si el SPI mantiene su asociación con el riesgo de TCA una vez consideradas conjuntamente estas características sociodemográficas, psicológicas y contextuales.

El presente estudio examinó la asociación entre el SPI y el riesgo de TCA en adultos chilenos, así como su contribución incremental respecto de la edad, los síntomas de depresión, ansiedad y estrés, y la inseguridad alimentaria. Se hipotetizó que un mayor SPI se asociaría con un mayor riesgo de TCA y con sus dimensiones específicas, y que estas asociaciones permanecerían significativas tras considerar dichas covariables.

Método

Se realizó un estudio transversal con adultos residentes en Chile. Los criterios de inclusión fueron tener entre 18 y 70 años, residir en Chile y contar con comprensión lecto-escrita del castellano suficiente para responder los instrumentos. No se establecieron criterios de exclusión adicionales.

El tamaño muestral estuvo determinado por la factibilidad de reclutamiento entre septiembre de 2023 y marzo de 2024, sin cálculo *a priori*. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, estrategia ampliamente utilizada en investigaciones en salud y ciencias del comportamiento (Etikan et al., 2016; Nikolaus et al., 2020).

De las 145 personas que accedieron al cuestionario en línea, 111 proporcionaron información completa en las variables e instrumentos analizados y fueron incluidas en el estudio. Dado que las preguntas no eran obligatorias, los registros incompletos fueron excluidos y no se realizaron procedimientos de imputación de datos.

De los 111 participantes, 107 habían sido analizados previamente en otro trabajo derivado del mismo proyecto, que requirió información adicional no considerada aquí. El presente estudio examina específicamente la contribución incremental del SPI al riesgo de TCA y a sus dimensiones mediante modelos de regresión jerárquica.

Procedimiento

Los datos se recolectaron entre septiembre de 2023 y marzo de 2024 mediante dos estrategias: se contactó a personas de una base de datos generada en un proyecto sobre desperdicio de alimentos, quienes habían autorizado futuros contactos, y se difundió la invitación a través de las redes sociales de los investigadores (p. ej., Instagram y Facebook).

Quienes aceptaron participar completaron un cuestionario en línea mediante Qualtrics®, accesible desde computadores y dispositivos móviles. Al finalizar, podían participar en un sorteo de 30 *gift cards* de \$50.000, cuyas condiciones fueron informadas en el consentimiento y aprobadas por el Comité de Ética correspondiente.

Instrumentos

WBIS-M

La Escala Modificada de Internalización del Sesgo de Peso (WBIS-M; Pearl y Puhl, 2014) evalúa la autoaplicación de estereotipos negativos relacionados con el peso corporal. Sus 11 ítems, derivados de la escala original desarrollada por Durso y Latner (2008), se responden en una escala Likert de siete puntos, desde 1 ("Totalmente en desacuerdo") hasta 7 ("Totalmente de acuerdo"); mayores puntajes indican un mayor SPI. La escala presenta adecuadas propiedades psicométricas, con una estructura unifactorial y coeficientes de consistencia interna entre .90 y .94 (Pearl y Puhl, 2014). En este estudio se utilizó la versión española de la WBIS-M validada por Macho et al. (2021), previamente empleada en adultos residentes en Chile de 18 a 65 años (Alvear-Fernández et al., 2021). En esta muestra, la consistencia interna fue alta ($\alpha = .93$).

Escalas de riesgo del EDI-3

Se utilizaron las tres subescalas de riesgo del Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3; Garner, 2004; Lizana-Calderón et al., 2022): Obsesión por la Delgadez (7 ítems), Bulimia (8 ítems) e Insatisfacción Corporal (10 ítems), y se obtuvo un puntaje global de riesgo mediante su suma. La versión chilena presenta adecuadas propiedades psicométricas en adolescentes y adultos jóvenes (Lizana-Calderón et al., 2022). En adultos, existe evidencia favorable sobre la estructura factorial, consistencia interna y capacidad discriminativa (Clausen et al., 2011), mientras que una síntesis reciente de 129 estudios respalda, en general, su consistencia interna y validez convergente, aunque identifica limitaciones en la evidencia psicométrica

Más allá del malestar psicológico general: el sesgo de peso internalizado y su asociación con el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en adultos chilenos.

disponible (Barstack et al., 2023). En esta muestra, los coeficientes alfa fueron .89 para Obsesión por la Delgadez, .88 para Bulimia y .87 para Insatisfacción Corporal.

DASS-21

La *Depression, Anxiety and Stress Scales-21* (DASS-21; Lovibond y Lovibond, 1995) contiene 21 ítems distribuidos en tres subescalas de siete ítems que evalúan síntomas de depresión, ansiedad y estrés durante la última semana. Los ítems se responden de 0 (“No me ocurrió”) a 3 (“Me ocurrió mucho o la mayor parte del tiempo”), con mayores puntajes indicando mayor sintomatología. Cuenta con evidencia de validación en universitarios chilenos (Antúnez y Vinet, 2012; Vinet et al., 2008) y, recientemente, en adultos y personas mayores de Chile (Cancino et al., 2024). En esta muestra, las subescalas mostraron una consistencia interna alta, con coeficientes alfa de Cronbach de .91 para depresión, .88 para ansiedad y .86 para estrés.

FIES

La *Food Insecurity Experience Scale* (FIES) es un instrumento de ocho ítems desarrollado por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) para evaluar la experiencia de inseguridad alimentaria en los últimos 12 meses (Helmi et al., 2020). Se utilizó su puntaje total continuo como covariable en los análisis multivariados. En esta muestra presentó un alfa de Cronbach de .87.

Consideraciones éticas

El estudio se desarrolló de acuerdo con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Adolfo Ibáñez. Todos los participantes otorgaron su consentimiento informado de manera electrónica antes de acceder al cuestionario.

Análisis de datos

Los análisis se realizaron con IBM SPSS Statistics versión 25 y R versión 4.4.2 (R Core Team, 2024), utilizando los paquetes *psych*, *car*, *lmttest* y *sandwich*. Se calcularon estadísticos descriptivos —medias, desviaciones estándar, rangos, asimetría y curtosis para variables continuas, y frecuencias y porcentajes para categóricas— y la consistencia interna mediante alfa de Cronbach (α) y omega de McDonald (ω) (Revelle y Condon, 2019).

Se estimaron correlaciones de Pearson entre el SPI, el riesgo de TCA, y sus dimensiones específicas —obsesión por la delgadez, sintomatología bulímica e insatisfacción

corporal— y las covariables: edad, síntomas de depresión, ansiedad y estrés e inseguridad alimentaria.

Se realizaron cuatro regresiones lineales múltiples jerárquicas para evaluar la contribución incremental del SPI a la explicación del riesgo de TCA y sus dimensiones (Cohen et al., 2003; Hunsley y Meyer, 2003). Los predictores se incorporaron en cuatro bloques definidos *a priori*. (1) edad, considerando su relación con indicadores de psicopatología alimentaria a lo largo de la adultez (Brown et al., 2020) y con el SPI (Romano et al., 2023); (2) síntomas de depresión, ansiedad y estrés, dada la asociación del SPI con indicadores adversos de salud mental (Romano et al., 2023) y de estos síntomas con la psicopatología alimentaria (Tan et al., 2023); (3) inseguridad alimentaria como factor contextual relacionado con las condiciones de acceso a los alimentos y asociado con distintas manifestaciones de alimentación desordenada (Abene et al., 2023); y (4) SPI, predictor focal del estudio. Esta secuencia no presupone relaciones causales, sino un ajuste progresivo para estimar la varianza adicional explicada por el SPI tras considerar las covariables sociodemográficas, psicológicas y contextuales. La contribución incremental de cada bloque se examinó mediante el cambio en el coeficiente de determinación (ΔR^2) y la prueba F asociada al cambio.

Se evaluaron los supuestos de la regresión lineal (Fox y Weisberg, 2019): independencia de errores mediante Durbin–Watson; multicolinealidad mediante tolerancia y el factor de inflación de la varianza (VIF), considerando estos últimos como indicadores diagnósticos y no como puntos de corte absolutos (O'Brien, 2007); homocedasticidad mediante la inspección gráfica de residuos y la prueba studentizada de Breusch–Pagan/Koenker (Breusch y Pagan, 1979; Koenker, 1981); y distribución de los residuos y linealidad mediante la inspección de los gráficos diagnósticos. Las observaciones potencialmente influyentes se examinaron mediante la distancia de Cook (Cook, 1977). Ante evidencia de heterocedasticidad se utilizaron errores estándar robustos HC3 para la inferencia de los coeficientes (Hayes y Cai, 2007).

Finalmente, se realizaron análisis de sensibilidad (Thabane et al., 2013), comparando las asociaciones del SPI en modelos no ajustados y completamente ajustados por edad, síntomas de depresión, ansiedad y estrés e inseguridad alimentaria. Para el riesgo global de TCA se examinó además la estabilidad del coeficiente del SPI al incorporar progresivamente las covariables. Dado que una observación presentó la mayor distancia de Cook en el modelo de sintomatología bulímica, este se reestimó excluyendo dicha observación para evaluar la robustez de los resultados. La significación estadística se estableció en $p < .05$.

Resultados

Características de la muestra

La muestra analítica incluyó 111 adultos residentes en Chile, de 18 a 67 años ($M = 40.22$; $DE = 11.47$). El 94.6% residía en la Región Metropolitana, principalmente en el sector norponiente (37.1% de los participantes residentes en esta región), y el 5.4% residía en otras regiones. La Tabla 1 presenta las características sociodemográficas.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

Características	n (%)
Género	
Femenino	94 (84.7)
Masculino	15 (13.5)
Género fluido	1 (0.9)
Género no binario	1 (0.9)
Etnia	
Latino	95 (85.6)
Blanco/Europeo	8 (7.2)
Otra	8 (7.2)
Estado civil	
Soltero(a)	59 (53.2)
Casado(a)/Pacto de Unión Civil	42 (37.8)
Divorciado(a)	9 (8.1)
Viudo(a)	1 (0.9)
Nivel educacional	
Educación básica	3 (2.7)
Educación media	39 (35.1)
Educación superior	53 (47.8)
Postgrado	16 (14.4)
Lugar de residencia	
Región Metropolitana	105 (94.6)
Centro	15 (14.3 ^a)
Norponiente	39 (37.1 ^a)
Surponiente	17 (16.2 ^a)
Oriente/Nororiente	14 (13.3 ^a)
Norte	6 (5.7 ^a)
Sur/Suroriente	11 (10.5 ^a)
Periferia metropolitana	3 (2.9 ^a)
Otras regiones de Chile	6 (5.4)

Nota. Las categorías de “casado/a” y “pacto de unión civil” fueron agrupadas para fines descriptivos. Las comunas de residencia de la Región Metropolitana fueron agrupadas territorialmente en siete zonas: Centro, Norponiente, Surponiente, Oriente/Nororiente, Norte, Sur/Suroriente y Periferia metropolitana. ^a Los porcentajes de las subzonas de la Región Metropolitana se calcularon sobre el total de participantes residentes en dicha región ($n = 105$). Los demás porcentajes se calcularon sobre la muestra total ($N = 111$).

La Tabla 2 presenta los estadísticos descriptivos y la consistencia interna de las medidas. La puntuación media del SPI fue 36.95 ($DE = 17.95$) y la de riesgo global de TCA fue 54.16 ($DE = 25.73$). La consistencia interna fue adecuada ($\alpha = .860-.928$; $\omega = .869-.929$).

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de las variables del estudio.

Variables	M	DE	Mín.	Máx.	α	ω	Asimetría	Curtosis
Edad	40.22	11.47	18	67	—	—	0.08	-0.55
Sesgo de peso internalizado (WBIS-M)	36.95	17.95	11	77	.928	.929	0.30	-1.08
Depresión (DASS-21)	9.55	9.54	0	42	.906	.909	1.66	2.85
Ansiedad (DASS-21)	8.99	9.66	0	40	.882	.888	1.34	1.17
Estrés (DASS-21)	13.28	9.60	0	38	.860	.869	0.69	-0.42
Inseguridad alimentaria (FIES)	2.59	2.60	0	8	.874	.880	0.76	-0.63
Riesgo global de TCA	54.16	25.73	6	110	—	—	0.12	-0.97
Obsesión por la delgadez	19.89	9.33	0	35	.893	.901	-0.20	-1.07
Bulimia	9.29	8.36	0	39	.886	.890	1.15	0.91
Insatisfacción corporal	24.98	11.67	0	50	.867	.870	0.11	-0.64

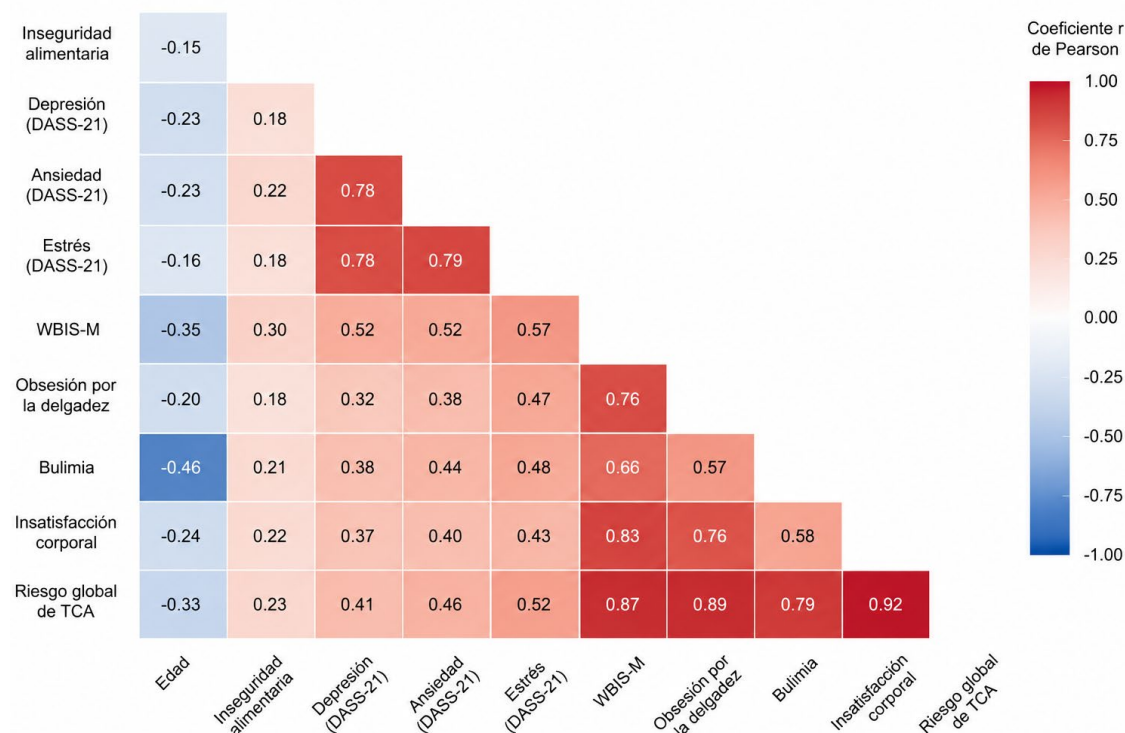
Nota. M = media; DE = desviación estándar; α = alfa de Cronbach; ω = omega de McDonald; WBIS-M = Weight Bias Internalization Scale-Modified; DASS-21 = Depression Anxiety Stress Scales-21; FIES = Food Insecurity Experience Scale; TCA = trastornos de la conducta alimentaria. Los coeficientes de consistencia interna no se informan para edad, por no corresponder, ni para el riesgo global de TCA, por tratarse de un puntaje compuesto por tres dimensiones diferenciadas del EDI-3-RF.

La Figura 1 presenta las correlaciones de Pearson. El SPI se asoció positivamente con el riesgo global de TCA ($r = .868, p < .001$), obsesión por la delgadez ($r = .763, p < .001$), sintomatología bulímica ($r = .655, p < .001$) e insatisfacción corporal ($r = .834, p < .001$). También se asoció con los síntomas de depresión ($r = .517, p < .001$), ansiedad ($r = .515, p < .001$), estrés ($r = .574, p < .001$) e inseguridad alimentaria ($r = .301, p = .001$), y negativamente con la edad ($r = -.352, p < .001$).

La edad se asoció negativamente con el riesgo global de TCA ($r = -.328, p < .001$), obsesión por la delgadez ($r = -.196, p = .040$), sintomatología bulímica ($r = -.458, p < .001$) e insatisfacción corporal ($r = -.239, p = .012$). La inseguridad alimentaria se asoció con el riesgo global de TCA ($r = .233, p = .014$), sintomatología bulímica ($r = .210, p = .027$) e insatisfacción corporal ($r = .222, p = .019$), pero no con obsesión por la delgadez ($r = .176, p = .064$).

Más allá del malestar psicológico general: el sesgo de peso internalizado y su asociación con el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en adultos chilenos.

Figura 1. Matriz de correlaciones de Pearson entre las variables incluidas en el estudio.



Nota: Los valores corresponden a coeficientes de correlación r de Pearson ($N = 111$); la intensidad del color representa la magnitud y dirección de las asociaciones. WBIS-M = Weight Bias Internalization Scale–Modified; TCA = trastornos de la conducta alimentaria.

Previamente a las regresiones jerárquicas se examinaron los supuestos y diagnósticos de los modelos finales (Tabla 3). No se observaron problemas de multicolinealidad (tolerancia = .284–.900; VIF = 1.111–3.524), ni autocorrelación de los residuos (Durbin–Watson = 1.912–2.147). Los gráficos diagnósticos mostraron residuos aproximadamente normales, con algunas desviaciones en las colas, y relaciones compatibles con linealidad.

Las distancias de Cook fueron inferiores a 1 (máximos = .121–.316). La prueba de Breusch–Pagan/Koenker no indicó heterocedasticidad en los modelos de riesgo global de TCA ($p = .234$), obsesión por la delgadez ($p = .142$) e insatisfacción corporal ($p = .313$), pero sí para sintomatología bulímica ($p < .001$); por ello, en este último modelo se utilizaron errores estándar robustos HC3.

Tabla 3. Verificación de los supuestos de las regresiones lineales múltiples jerárquicas

Variable dependiente	Durbin-Watson	Tolerancia	VIF	Cook (máx.)	Normalidad de residuos	Breusch-Pagan/Koenker (<i>p</i>)	Linealidad
Riesgo global de TCA	1.912	.284-.900	1.111-3.524	.316	Aproximadamente adecuada	.234	Adecuada
Obsesión por la delgadez	2.147	.284-.900	1.111-3.524	.209	Aproximadamente adecuada	.142	Adecuada
Bulimia	2.108	.284-.900	1.111-3.524	.311	Aproximadamente adecuada	< .001	Adecuada
Insatisfacción corporal	1.968	.284-.900	1.111-3.524	.121	Adecuada	.313	Adecuada

Nota. VIF = factor de inflación de la varianza; TCA = trastornos de la conducta alimentaria. La normalidad de los residuos y la linealidad se evaluaron mediante inspección de gráficos diagnósticos. La homocedasticidad se examinó mediante inspección gráfica y la prueba studentizada de Breusch-Pagan/Koenker. En el modelo de bulimia se observó evidencia de heterocedasticidad ($p < .001$), por lo que la inferencia sobre los coeficientes se realizó mediante errores estándar robustos HC3.

Regresiones lineales múltiples jerarquizadas

Como muestra la Tabla 4, la incorporación del SPI en el último bloque produjo un incremento estadísticamente significativo de la varianza explicada en los cuatro modelos. Los modelos finales explicaron entre el 51.5% y el 76.5% de la varianza ($R^2 = .515-.765$).

Tabla 4. Regresiones lineales múltiples jerárquicas para el riesgo global de trastornos de la conducta alimentaria y sus dimensiones

A. Riesgo global de TCA											
Modelo	Predictor	B	EE	β	IC 95% de B	p	R ²	R ² ajustado	ΔR ²	ΔF	p de ΔF
M1	Edad	−0.737	0.203	−.328	[−1.139, −0.334]	<.001	.108	.100	—	—	—
M2	Edad	−0.555	0.183	−.247	[−0.918, −0.191]	.003	.337	.312	.229	12.224	<.001
	Depresión	−0.260	0.377	−.096	[−1.007, 0.488]	.492					
	Ansiedad	0.295	0.379	.111	[−0.457, 1.047]	.438					
M3	Estrés	1.256	0.381	.469	[0.501, 2.012]	.001	.349	.317	.011	1.842	.178
	Edad	−0.530	0.184	−.236	[−0.894, −0.166]	.005					
	Depresión	−0.258	0.376	−.096	[−1.003, 0.487]	.493					
	Ansiedad	0.245	0.380	.092	[−0.507, 0.998]	.519					
M4	Estrés	1.245	0.380	.464	[0.492, 1.998]	.001	.765	.752	.417	184.920	<.001
	Inseguridad alimentaria	1.092	0.804	.110	[−0.503, 2.687]	.178					
	Edad	−0.084	0.115	−.037	[−0.312, 0.145]	.470					
	Depresión	−0.468	0.227	−.174	[−0.918, −0.018]	.042					
	Ansiedad	0.169	0.229	.063	[−0.285, 0.623]	.462					
	Estrés	0.310	0.239	.115	[−0.164, 0.784]	.198					
	Inseguridad alimentaria	−0.346	0.496	−.035	[−1.331, 0.638]	.487					
	Sesgo de peso internalizado	1.227	0.090	.856	[1.048, 1.406]	<.001					
B. Obsesión por la delgadez											
Modelo	Predictor	B	EE	β	IC 95% de B	p	R ²	R ² ajustado	ΔR ²	ΔF	p de ΔF
M1	Edad	−0.159	0.076	−.196	[−0.311, −0.008]	.040	.038	.029	—	—	—
M2	Edad	−0.107	0.071	−.132	[−0.247, 0.033]	.133	.249	.221	.211	9.918	<.001
	Depresión	−0.174	0.146	−.178	[−0.463, 0.115]	.235					
	Ansiedad	0.065	0.146	.067	[−0.226, 0.355]	.659					
M3	Estrés	0.523	0.147	.538	[0.231, 0.815]	<.001	.255	.220	.006	0.856	.357
	Edad	−0.101	0.071	−.124	[−0.242, 0.041]	.160					
	Depresión	−0.173	0.146	−.177	[−0.462, 0.115]	.236					

Más allá del malestar psicológico general: el sesgo de peso internalizado y su asociación con el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en adultos chilenos.

M4	Ansiedad	0.052	0.147	.053	[-0.240, 0.343]	.727					
	Estrés	0.520	0.147	.535	[0.228, 0.812]	<.001					
	Inseguridad alimentaria	0.289	0.312	.080	[-0.330, 0.907]	.357					
	Edad	0.050	0.054	.061	[-0.057, 0.156]	.357					
	Depresión	-0.244	0.106	-.250	[-0.454, -0.035]	.023					
	Ansiedad	0.026	0.106	.027	[-0.185, 0.237]	.808					
	Estrés	0.205	0.111	.211	[-0.015, 0.426]	.068					
	Inseguridad alimentaria	-0.196	0.231	-.054	[-0.653, 0.262]	.399	.615	.592	.359	96.979	<.001
	Sesgo de peso internalizado	0.413	0.042	.795	[0.330, 0.496]	<.001					
C. Bulimia											
Modelo	Predictor	B	EE	β	IC 95% de B	p	R ²	R ² ajustado	ΔR^2	ΔF	p de ΔF
M1	Edad	-0.334	0.062	-.458	[-0.457, -0.211]	<.001	.210	.203	—	—	—
	Edad	-0.285	0.058	-.391	[-0.399, -0.171]	<.001					
M2	Depresión	-0.105	0.118	-.120	[-0.340, 0.129]	.375	.382	.358	.172	9.820	<.001
	Ansiedad	0.093	0.119	.107	[-0.143, 0.329]	.437					
	Estrés	0.368	0.120	.422	[0.131, 0.605]	.003					
M3	Edad	-0.279	0.058	-.383	[-0.394, -0.165]	<.001					
	Depresión	-0.105	0.118	-.120	[-0.340, 0.130]	.377					
	Ansiedad	0.081	0.120	.094	[-0.156, 0.318]	.497	.387	.358	.006	0.984	.323
	Estrés	0.365	0.120	.419	[0.128, 0.602]	.003					
	Inseguridad alimentaria	0.251	0.253	.078	[-0.251, 0.754]	.323					
M4	Edad	-0.199	0.058	-.273	[-0.315, -0.083]	.001					
	Depresión	-0.143	0.144	-.163	[-0.429, 0.144]	.325					
	Ansiedad	0.068	0.115	.078	[-0.161, 0.296]	.558					
	Estrés	0.197	0.115	.226	[-0.032, 0.426]	.091					
	Inseguridad alimentaria	-0.007	0.265	-.002	[-0.533, 0.518]	.978	.515	.488	.128	27.476	<.001
	Sesgo de peso internalizado	0.221	0.053	.474	[0.115, 0.327]	<.001					
D. Insatisfacción corporal											
Modelo	Predictor	B	EE	β	IC 95% de B	p	R ²	R ² ajustado	ΔR^2	ΔF	p de ΔF
M1	Edad	-0.243	0.095	-.239	[-0.431, -0.056]	.012	.057	.049	—	—	—
	Edad	-0.162	0.090	-.160	[-0.341, 0.016]	.075					
M2	Depresión	0.019	0.186	.016	[-0.349, 0.387]	.917	.219	.189	.161	7.297	<.001
	Ansiedad	0.137	0.187	.114	[-0.233, 0.508]	.463					
	Estrés	0.366	0.188	.301	[-0.006, 0.738]	.054					
M3	Edad	-0.150	0.090	-.147	[-0.329, 0.029]	.100					
	Depresión	0.020	0.185	.017	[-0.346, 0.387]	.913					
	Ansiedad	0.112	0.187	.093	[-0.258, 0.483]	.549	.233	.196	.014	1.943	.166
	Estrés	0.360	0.187	.296	[-0.011, 0.730]	.057					
	Inseguridad alimentaria	0.552	0.396	.123	[-0.233, 1.336]	.166					
M4	Edad	0.066	0.059	.065	[-0.050, 0.182]	.264					
	Depresión	-0.081	0.115	-.066	[-0.310, 0.147]	.482					
	Ansiedad	0.075	0.116	.062	[-0.155, 0.306]	.517					
	Estrés	-0.092	0.121	-.076	[-0.333, 0.148]	.449					
	Inseguridad alimentaria	-0.143	0.252	-.032	[-0.643, 0.356]	.570	.706	.690	.474	167.850	<.001
	Sesgo de peso internalizado	0.593	0.046	.912	[0.502, 0.684]	<.001					

Nota. N = 111. B = coeficiente de regresión no estandarizado; EE = error estándar; β = coeficiente de regresión estandarizado; IC 95% = intervalo de confianza del 95% para B; R² ajustado = coeficiente de determinación ajustado; ΔR^2 = cambio en la proporción de varianza explicada respecto del modelo precedente; ΔF = prueba F del cambio en R². M1 incluyó edad; M2 incorporó depresión, ansiedad y estrés; M3 incorporó inseguridad alimentaria; M4 incorporó el sesgo de peso internalizado (WBIS-M). ^a Debido a la evidencia de heterocedasticidad observada en el modelo final de bulimia, los EE, IC 95% y valores p de los coeficientes de M4 se estimaron mediante errores estándar robustos HC3. Los coeficientes B y β y los índices R², R² ajustado, ΔR^2 y ΔF corresponden al modelo OLS.

Para la **obsesión por la delgadez**, el SPI explicó un 35.9% adicional de la varianza ($\Delta R^2 = .359, p < .001$), alcanzando el modelo final un $R^2 = .615$ (R^2 ajustado = .592). Un mayor SPI se asoció con mayor obsesión por la delgadez ($\beta = .795, p < .001$); los síntomas de depresión mostraron además una asociación negativa estadísticamente significativa ($\beta = -.250, p = .023$).

Para la **sintomatología bulímica**, el SPI explicó un 12.8% adicional de la varianza ($\Delta R^2 = .128, p < .001$), con un $R^2 = .515$ (R^2 ajustado = .488). Con errores estándar robustos HC3, un mayor SPI se asoció con mayor sintomatología bulímica ($B = 0.221, EE = 0.053, \beta = .474, IC\ 95\% [0.115, 0.327], p < .001$), mientras que una menor edad se asoció con mayor sintomatología bulímica ($B = -0.199, EE = 0.058, \beta = -.273, IC\ 95\% [-0.315, -0.083], p = .001$).

Para la **insatisfacción corporal**, el SPI explicó un 47.4% adicional de la varianza ($\Delta R^2 = .474, p < .001$), alcanzando el modelo final un $R^2 = .706$ (R^2 ajustado = .690). En el modelo final, el SPI fue el único predictor estadísticamente significativo ($\beta = .912, p < .001$).

Finalmente, para el **riesgo global de TCA**, el SPI explicó un 41.7% adicional de la varianza ($\Delta R^2 = .417, p < .001$), alcanzando el modelo final un $R^2 = .765$ (R^2 ajustado = .752). Un mayor SPI se asoció con un mayor riesgo global de TCA ($\beta = .856, p < .001$), mientras que los síntomas de depresión, en cambio, mostraron una asociación negativa ($\beta = -.174, p = .042$).

Análisis de sensibilidad

Las asociaciones del SPI se mantuvieron significativas al comparar los modelos no ajustados y completamente ajustados. En los primeros, los coeficientes fueron $\beta = .763$ para obsesión por la delgadez, $\beta = .656$ para sintomatología bulímica, $\beta = .835$ para insatisfacción corporal y $\beta = .868$ para riesgo global de TCA; en los modelos completamente ajustados fueron $\beta = .795, .474, .912$ y $.856$, respectivamente (todos $p < .001$).

Para el riesgo global de TCA, el coeficiente del SPI mostró escasa variación al incorporar progresivamente las covariables: $\beta = .868$ en el modelo no ajustado, $\beta = .859$ al ajustar por edad, $\beta = .847$ al añadir los síntomas de depresión, ansiedad y estrés, y $\beta = .856$ tras incorporar la inseguridad alimentaria (todos $p < .001$).

Finalmente, al excluir la observación con mayor distancia de Cook del modelo de sintomatología bulímica ($D = .311$), la asociación con el SPI se mantuvo estadísticamente significativa ($B = 0.242, \beta = .552, p < .001$), con $R^2 = .524$ (R^2 ajustado = .496). La prueba de Breusch-Pagan/Koenker continuó indicando heterocedasticidad ($p = .001$). En conjunto, los resultados fueron estables ante las especificaciones examinadas.

Discusión

El principal hallazgo fue que el SPI se asoció consistentemente con el riesgo de TCA y con sus tres dimensiones, incluso después de ajustar por edad, síntomas de depresión, ansiedad y estrés e inseguridad alimentaria. Su incorporación al último bloque incrementó significativamente la varianza explicada en los cuatro modelos, y los análisis de sensibilidad mostraron estabilidad de las asociaciones ante distintas especificaciones. En conjunto, estos resultados indican que la asociación entre el SPI y el riesgo de TCA no se explica estadísticamente por las covariables consideradas.

La persistencia de estas asociaciones tras ajustar por síntomas de depresión, ansiedad y estrés resulta relevante, dado que el SPI se ha relacionado tanto con indicadores adversos de salud mental como con psicopatología y conductas alimentarias problemáticas (Levinson et al., 2024; Romano et al., 2023). Esta evidencia forma parte de un campo empírico más amplio que vincula el SPI con múltiples dominios de funcionamiento psicológico, imagen corporal y conducta alimentaria (Nutter et al., 2024). Pullmer et al. (2021) identificaron relaciones entre el SPI, el malestar psicológico y la psicopatología alimentaria considerando además discriminación percibida y autocompasión. Esta evidencia y nuestros hallazgos sugieren que la relación entre SPI y psicopatología alimentaria merece considerarse más allá de su covariación con el malestar psicológico general, sin que el diseño transversal permita establecer la dirección o los mecanismos subyacentes a estas asociaciones.

La contribución incremental del SPI no fue homogénea entre las dimensiones del riesgo de TCA: explicó un 47.4% adicional de la varianza en insatisfacción corporal, un 35.9% en obsesión por la delgadez, y un 12.8% en sintomatología bulímica. Aunque estas magnitudes no fueron comparadas estadísticamente entre modelos y, por tanto, no permiten establecer diferencias formales entre dimensiones, el patrón observado es compatible con una vinculación particularmente estrecha del SPI con componentes relacionados con la valoración del peso y la figura. Marshall et al. (2020) encontraron que el impulso por la delgadez y la evitación de la imagen corporal mediaban estadísticamente la relación entre el SPI y la alimentación desordenada, mientras que Calugi et al. (2023), mediante análisis de redes, identificaron la evitación de la exposición corporal, la insatisfacción con la figura y el deseo de tener el estómago vacío entre los nodos con mayor influencia esperada en una red que integraba indicadores de psicopatología alimentaria y SPI. Estos antecedentes son compatibles con la posibilidad de que dicha relación se articule parcialmente en torno a procesos vinculados con la valoración corporal y la regulación de la alimentación y el peso, interpretación necesariamente tentativa dado que la naturaleza transversal de nuestros datos no permite determinar la secuencia temporal de estas asociaciones ni establecer mecanismos explicativos.

La magnitud de las asociaciones también requiere considerar la proximidad conceptual y empírica entre el SPI y algunos componentes de la imagen corporal. En particular, sus correlaciones con insatisfacción corporal ($r = .834$) y obsesión por la delgadez ($r = .763$) fueron elevadas. Meadows y Higgs (2020) mostraron un importante componente de varianza compartida entre el SPI y procesos generales de autoevaluación corporal, planteando interrogantes sobre la especificidad del constructo tal como es capturado por las medidas disponibles. Sin embargo, otros estudios respaldan su diferenciación: Romano et al. (2021) encontraron asociaciones elevadas entre el SPI y la insatisfacción corporal ($r = .740$ y $.756$), pero modelaron ambos constructos como componentes diferenciados de una secuencia explicativa en la que una mayor internalización se relacionó con mayor insatisfacción corporal y esta, a su vez, con distintos síntomas de TCA. Harris et al. (2025) observaron contribuciones independientes del SPI y la internalización del ideal de delgadez a la insatisfacción corporal; y Martin-Wagar et al. (2025) identificaron contribuciones diferenciadas de estos y otros procesos a indicadores de psicopatología alimentaria. En conjunto, la estrecha relación entre estos constructos no implica necesariamente equivalencia conceptual, pero tampoco permite asumir su independencia empírica.

La inseguridad alimentaria mostró un patrón diferente al observado para el SPI. Si bien a nivel bivariado se asoció positivamente con el riesgo global de TCA, la sintomatología bulímica y la insatisfacción corporal, su incorporación a los modelos jerárquicos no produjo un incremento estadísticamente significativo de la varianza explicada una vez considerados la edad y los síntomas de depresión, ansiedad y estrés. Este resultado debe interpretarse con cautela, dado que la evidencia disponible ha documentado asociaciones entre la inseguridad alimentaria y la psicopatología alimentaria. En particular, una revisión sistemática y metaanálisis mostró que los adultos con inseguridad alimentaria presentaban mayores probabilidades tanto de atracones como de trastorno por atracón (Abene et al., 2023). En un análisis previo realizado sobre 107 participantes de esta muestra, centrado en diferencias según severidad de inseguridad alimentaria, se observaron diferencias en malestar psicológico, insatisfacción corporal y SPI (Ugarte-Pérez et al., 2025). El patrón obtenido en el presente estudio aporta una perspectiva analítica diferente: aunque la inseguridad alimentaria mostró asociaciones bivariadas con distintos indicadores de riesgo de TCA, no explicó varianza incremental una vez consideradas simultáneamente otras covariables. En consecuencia, estos resultados no indican ausencia de relación entre la inseguridad alimentaria y el riesgo de TCA, sino que muestran que su contribución específica debe interpretarse en función del contexto multivariado en que es examinada.

Este estudio presenta algunas limitaciones. Primero, su diseño transversal impide establecer la temporalidad, direccionalidad o causalidad, y el uso exclusivo de medidas de autoinforme puede introducir sesgos de respuesta. Segundo, el muestreo por conveniencia y la difusión de la convocatoria principalmente mediante redes sociales limitan la representatividad y pueden haber favorecido procesos de autoselección, particularmente de

personas con mayor interés o preocupación por cuestiones relacionadas con la alimentación, el peso, la imagen corporal o la salud mental. Del mismo modo, la inclusión de un sorteo asociado a la convocatoria pudo influir en la decisión de responder al estudio. La composición mayoritariamente femenina y concentrada en la Región Metropolitana restringe adicionalmente la extrapolación de los hallazgos a la población adulta chilena. El tamaño muestral, aunque permitió estimar los modelos, limita la precisión para detectar asociaciones de menor magnitud y aconseja cautela en la interpretación de los efectos correspondientes a las covariables.

Tercero, no se dispuso de información antropométrica, incluido el índice de masa corporal, lo que impidió examinar el papel del estado ponderal en las asociaciones estudiadas. Esto resulta relevante porque el SPI se observa a lo largo del espectro de peso y no se restringe a personas con pesos corporales elevados, aunque sus correlatos pueden variar en función de características relacionadas con el peso corporal (Romano et al., 2023). Finalmente, deben considerarse algunas cuestiones relativas a la medición de los constructos. Aunque los instrumentos utilizados mostraron una adecuada consistencia interna y cuentan con antecedentes psicométricos favorables, la validación del EDI-3 en Chile se ha concentrado principalmente en adolescentes y adultos jóvenes (Lizana-Calderón et al., 2022), lo que aconseja cautela al interpretar sus puntuaciones en el rango etario más amplio de esta muestra.

Pese a estas limitaciones, el estudio presenta algunas fortalezas conceptuales y metodológicas. En población latinoamericana, estudios realizados en Chile y Brasil han comenzado a aportar evidencia sobre el SPI y sus correlatos. En Chile, se ha examinado su relación con la apreciación corporal, la autocompasión y distintos estilos de alimentación (Alvear-Fernández et al., 2021), mientras que en Brasil se ha aportado evidencia sobre su asociación con la insatisfacción corporal, la gravedad de los atracones, las preocupaciones relacionadas con la alimentación y el peso y las conductas restrictivas y compensatorias, en el contexto de la adaptación de la WBIS-M (Sozza et al., 2025). El presente estudio aporta evidencia en adultos chilenos al examinar conjuntamente la asociación del SPI con el riesgo de TCA y con dimensiones específicas, estimando su contribución incremental tras considerar covariables sociodemográficas, psicológicas y contextuales. La definición *a priori* de los bloques, la evaluación de los supuestos y los análisis de sensibilidad fortalecen la evaluación de la robustez de los resultados.

Futuros estudios longitudinales deberían examinar la secuencia temporal y posibles relaciones recíprocas entre el SPI y el riesgo de TCA, así como procesos potencialmente implicados en esta asociación, particularmente aquellos relacionados con la valoración y evitación corporal y con la regulación de la alimentación y el peso (Marshall et al., 2020; Calugi et al., 2023). Asimismo, se requiere evaluar estas asociaciones en muestras más diversas en género, estado ponderal y características socioculturales. Dada la elevada

asociación con la insatisfacción corporal y la obsesión por la delgadez, resulta especialmente relevante examinar la especificidad del SPI respecto de constructos conceptualmente próximos. Los modelos de variables latentes podrían contribuir a distinguir la varianza compartida y específica entre estos constructos, considerando explícitamente el error de medición y contribuyendo a delimitarlos.

En el ámbito clínico, permanece por determinar si la evaluación del SPI aporta información relevante para comprender individualmente la psicopatología alimentaria más allá de otros procesos psicológicos relacionados. Desde una perspectiva de formulación de caso, podría examinarse si su consideración contribuye a identificar patrones de funcionamiento clínicamente significativos y a orientar hipótesis individualizadas sobre los procesos asociados a la sintomatología alimentaria (Eells, 2022; Quiñones, 2024; Quiñones y Caro, 2024; Quiñones y Ugarte, 2022). Esta posibilidad requiere evaluación empírica específica, dado que los resultados del presente estudio no permiten establecer la utilidad clínica, pronóstica o terapéutica.

Conclusión

Los resultados del presente estudio muestran que el SPI se asocia con el riesgo de TCA y con sus dimensiones específicas, incluso después de considerar simultáneamente la edad, los síntomas de depresión, ansiedad y estrés y la inseguridad alimentaria. Su incorporación a los modelos produjo una contribución incremental estadísticamente significativa en todos los indicadores examinados, con asociaciones particularmente elevadas con la insatisfacción corporal y la obsesión por la delgadez. En conjunto, estos hallazgos respaldan la relevancia del SPI para comprender las diferencias individuales en indicadores de psicopatología alimentaria en la muestra estudiada, al tiempo que la elevada magnitud de algunas asociaciones requiere cautela respecto de la especificidad empírica de constructos estrechamente relacionados con la valoración del cuerpo y el peso.

Reconocimientos

Esta investigación ha contado con el apoyo del Programa de Apoyo a la Investigación Asociativa (PAI) de 2023 de la Universidad Adolfo Ibáñez.

Referencias

- Abene, J. A., Tong, J., Minuk, J., Lindenfeldar, G., Chen, Y. y Chao, A. M. (2023). Food insecurity and binge eating: A systematic review and meta-analysis. *The International journal of eating disorders*, 56(7), 1301–1322. <https://doi.org/10.1002/eat.23956>
- Alvear-Fernández, C., Cruz-Toledo, C., Morales-Sáez, S., Quiroz-Lagos, B., Ogueda-Fuentes, F. y Nazar, G. (2021). Estilos de alimentación y su asociación con apreciación corporal, internalización del sesgo del peso y autocompasión. *Terapia Psicológica*, 39(1), 123–144. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082021000100123>
- Antúñez, Z. y Vinet, E. Z. (2012). Validation of the abbreviated version in Chilean university students. *Terapia Psicológica*, 30(3), 49-55. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000300005>
- Barstack, S., Karkhanis, S., Erford, B. T., Bennett, E., Buchanan, E., Sharpe, C. y Wissel, A. (2023). Synthesis of the Eating Disorder Inventory-Third Edition (EDI-3) psychometric characteristics: Implications for counseling practice and research. *Journal of Counseling & Development*, 101(3), 359–372. <https://doi.org/10.1002/jcad.12474>
- Bennett, B. L., Wagner, A. F., Marshall, R. D. y Latner, J. D. (2025). Appearance pressure from the media mediates the relationship between internalized weight bias and eating disorder risk for young women: A cross-sectional study. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 125(10), 1534–1541. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2025.06.031>
- Bidstrup, H., Brennan, L., Kaufmann, L., Meadows, A. y de la Piedad Garcia, X. (2024). A systematic review of ecological momentary assessment studies on weight stigma and a call for a large-scale collaboration. *Obesity Reviews*, 25(3): e13676. <https://doi.org/10.1111/obr.13676>
- Breusch, T. S. y Pagan, A. R. (1979). A simple test for heteroscedasticity and random coefficient variation. *Econometrica*, 47(5), 1287–1294. doi:10.2307/1911963.
- Brown, T. A., Forney, K. J., Klein, K. M., Grillo, C. y Keel, P. K. (2020). A 30-year longitudinal study of body weight, dieting, and eating pathology across women and men from late adolescence to later midlife. *Journal of abnormal psychology*, 129(4), 376–386. <https://doi.org/10.1037/abn0000519>
- Calugi, S., Segattini, B., Cattaneo, G., Chimini, M., Dalle Grave, A., Dametti, L., Molgora, M. y Dalle Grave, R. (2023). Weight bias internalization and eating disorder psychopathology in treatment-seeking patients with obesity. *Nutrients*, 15(13), 2932. <https://doi.org/10.3390/nu15132932>
- Cancino, V., Terán-Mendoza, O. y Medina-Valdebenito, D. (2024). Malestar psicológico y envejecimiento: análisis psicométrico del DASS-21 y relaciones estructurales con calidad de sueño y apoyo social. *Anuario de Psicología*, 54(1), 54–62. <https://doi.org/10.1344/anpsic2024.54/1.6>

- Christian, C., Romano, K. A. y Latner, J. D. (2023). Weight bias internalization, psychological distress, and eating disorder symptoms: Examining unique and shared associations. *Stigma and Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/sah0000486>
- Clausen, L., Rosenvinge, J. H., Friberg, O. y Rokkedal, K. (2011). Validating the Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3): A comparison between 561 female eating disorders patients and 878 females from the general population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33, 101-110. <https://doi.org/10.1007/s10862-010-9207-4>
- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G. y Aiken, L. S. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences* (3a ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Cook, R. D. (1977). Detection of influential observation in linear regression. *Technometrics*, 19(1), 15–18. <https://doi.org/10.1080/00401706.1977.10489493>
- Durso, L. E. y 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>
- Eells, T. D. (Ed.). (2022). *Handbook of psychotherapy case formulation* (3a ed.). Guilford Press.
- Emmer, C., Bosnjak, M. y Mata, J. (2020). The association between weight stigma and mental health: A meta-analysis. *Obesity Reviews*, 21(1): e12935. <https://doi.org/10.1111/obr.12935>
- Etikan, I., Musa, S. A. y Alkassim, R. S. (2016). Comparison of convenience sampling and purposive sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, 5(1), 1–4. <https://doi.org/10.11648/j.ajtas.20160501.11>
- Fox, J. y Weisberg, S. (2019). *An R companion to applied regression* (3a ed.). SAGE.
- Gastón-Panthaki, E., Larson, N., Loth, K. A. y Neumark-Sztainer, D. (2023). Food insecurity, weight stigma, and disordered eating: Findings from a population-based study of young adults. *Appetite*, 190, 107039. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2023.107039>
- Garner, D. M. (2004). *Eating Disorder Inventory-3: Professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Harris, E. R., Hahn, S. L. y Jean Forney, K. (2025). The unique associations of thin-ideal internalization and internalized weight stigma with body dissatisfaction across body sizes. *Journal of Clinical Psychology*, 81(7), 577–582. <https://doi.org/10.1002/jclp.23793>

- Hayes, A. F. y Cai, L. (2007). Using heteroskedasticity-consistent standard error estimators in OLS regression: An introduction and software implementation. *Behavior Research Methods*, 39(4), 709–722. <https://doi.org/10.3758/BF03192961>
- Helmi, N. Z., Isa, K. A. M. y Masuri, M. G. (2020). *Exploratory factor analysis on Food Insecurity Experience Scale (FIES): Latest food insecurity measurement tool by FAO. Health Scope: The Official Journal of Faculty of Health Sciences, Universiti Teknologi MARA*, 3(2), 31–34.
- Henriksen, C. A., Mackenzie, C. S., Fergusson, P. y Bouchard, D. R. (2020). Does Age Impact the Clinical Presentation of Adult Women Seeking Specialty Eating Disorder Treatment?. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(9), 742–745. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001160>
- Hilbert, A., Braehler, E., Haeuser, W. y Zenger, M. (2014). Weight bias internalization, core self-evaluation, and health in overweight and obese persons. *Obesity*, 22(1), 79–85. <https://doi.org/10.1002/oby.20561>
- Huang, Y., Chen, X. y Zhang, L. (2024). Associations between internalized weight bias, psychological distress, and eating disorder symptoms: A cross-sectional study. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 29, 93. <https://doi.org/10.1007/s40519-024-01687-3>
- Hunsley, J. y Meyer, G. J. (2003). The incremental validity of psychological testing and assessment: Conceptual, methodological, and statistical issues. *Psychological Assessment*, 15(4), 446–455. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.15.4.446>
- Koenker, R. (1981). A note on studentizing a test for heteroscedasticity. *Journal of Econometrics*, 17(1), 107–112. [https://doi.org/10.1016/0304-4076\(81\)90062-2](https://doi.org/10.1016/0304-4076(81)90062-2)
- Levinson, J. A., Kinkel-Ram, S., Myers, B. y 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>
- Lizana-Calderón, P., Cruzat-Mandich, C., Díaz-Castrillón, F., Alvarado, J. M. y Compte, E. J. (2022). Psychometric Properties of the Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3) in Chilean Youth. *Frontiers in psychology*, 13, 806563. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.806563>
- Lovibond, S. H. y Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2a ed.). Psychology Foundation.
- Macho, S., Andrés, A. y Saldaña, C. (2021). Validation of the modified weight bias internalization scale in a Spanish adult population. *Clinical obesity*, 11(4), e12454. <https://doi.org/10.1111/cob.12454>
- Martin-Wagar, C. A., Marshall, R. D., Latner, J. D. y Pearl, R. L. (2025). Weight bias internalization and eating disorder psychopathology: Clarifying mechanisms and future

- directions. *Current Obesity Reports*, 14(1), 15–28. <https://doi.org/10.1007/s13679-024-00572-2>
- Marshall, R. D., Latner, J. D. y Masuda, A. (2020). Internalized weight bias and disordered eating: The mediating role of body image avoidance and drive for thinness. *Frontiers in Psychology*, 10, Article 2999. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02999>
- Meadows, A. y Higgs, S. (2020). A bifactor analysis of the Weight Bias Internalization Scale: What are we really measuring? *Body Image*, 33, 137–151. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.02.013>
- Nikolaus, C. J., An, R., Ellison, B. y Nickols-Richardson, S. M. (2020). Food insecurity among college students in the United States: A scoping review. *Advances in Nutrition*, 11(2), 327–348. <https://doi.org/10.1093/advances/nmz111>
- Nutter, S., Saunders, J. F. y Waugh, R. (2024). Current trends and future directions in internalized weight stigma research: a scoping review and synthesis of the literature. *Journal of eating disorders*, 12(1), 98. <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01058-0>
- O'Brien, R. M. (2007). A caution regarding rules of thumb for variance inflation factors. *Quality & Quantity*, 41(5), 673–690. <https://doi.org/10.1007/s11135-006-9018-6>
- Pearl, R. L. y 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. y Puhl, R. M. (2018). Weight bias internalization and health: A systematic review. *Obesity Reviews*, 19(8), 1141–1163. <https://doi.org/10.1111/obr.12701>
- Pearl, R. L., Wadden, T. A. y Jakicic, J. M. (2021). Is weight stigma associated with physical activity? A systematic review. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 29(12), 1994–2012. <https://doi.org/10.1002/oby.23274>
- Puhl, R. M. y Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: A review and update. *Obesity*, 17(5), 941–964. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.636>
- Pullmer, R., Coelho, J. S., Mocarski, M. y Faragher, B. (2021). Weight bias internalization, emotion dysregulation, and eating disorder psychopathology among individuals seeking treatment for obesity. *Eating Behaviors*, 41, 101509. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2021.101509>
- Quiñones, Á. (2024). *Evolutionary case formulation: Developing a unified language for the practice of psychotherapy*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-67412-9>
- Quiñones, A., y Ugarte, C. (2022). Formulación de caso: Disolviendo temáticas disfuncionales mediante regulación de dominios de conocimiento intersubjetivo. *Revista de Psicoterapia*, 33(123), 7–41. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i123.35620>

- R Core Team. (2024). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing.
- Revelle, W. y Condon, D. M. (2019). Reliability from α to ω : A tutorial. *Psychological Assessment*, 31(12), 1395–1411. <https://doi.org/10.1037/pas0000754>
- Romano, K. A., Heron, K. E. y 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>
- Romano, K. A., Heron, K. E., Sandoval, C. M., MacIntyre, R. I., Howard, L. M., Scott, M. y Mason, T. B. (2023). Weight Bias Internalization and Psychosocial, Physical, and Behavioral Health: A Meta-Analysis of Cross-Sectional and Prospective Associations. *Behavior therapy*, 54(3), 539–556. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.12.003>
- Rubino, F., Puhl, R. M., Cummings, D. E., Eckel, R. H., Ryan, D. H., Mechanick, J. I., Nadglowski, J., Salas, X. R., 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>
- Saunders, J. F., Goodman, J. M. y Smith, K. E. (2022). Is weight bias internalization distinct from body dissatisfaction? Examining conceptual overlap and measurement redundancy. *Body Image*, 43, 156–165. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.09.003>
- Sienko, R. M., Saules, K. K. y Carr, M. M. (2016). Internalized weight bias mediates the relationship between depressive symptoms and disordered eating behavior among women who think they are overweight. *Eating behaviors*, 22, 141–144. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.06.002>
- Sozza, P. V., Penelo, E., Laus, M. F., Sánchez-Carracedo, D., Almeida, S. S. y Braga Costa, T. M. (2025). Adaptation and validation of the modified weight bias internalization scale (WBIS-M) in Brazilian adults. *PloS one*, 20(7), e0328176. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0328176>
- Tan, E. J., Raut, T., Le, L. K.-D., Hay, P., Ananthapavan, J., Lee, Y. Y. y Mihalopoulos, C. (2023). The association between eating disorders and mental health: An umbrella review. *Journal of Eating Disorders*, 11, 51. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00725-4>
- Thabane, L., Mbuagbaw, L., Zhang, S., Samaan, Z., Marcucci, M., Ye, C., Thabane, M., Giangregorio, L., Dennis, B., Kosa, D., Borg Debono, V., Dillenburg, R., Fruci, V., Bawor, M., Lee, J., Wells, G. y Goldsmith, C. H. (2013). A tutorial on sensitivity analyses in clinical trials: The what, why, when and how. *BMC Medical Research Methodology*, 13, 92. doi:10.1186/1471-2288-13-92.

- Tomiyama, A. J., Carr, D., Granberg, E. M., Major, B., Robinson, E., Sutin, A. R. y Brewis, A. (2018). How and why weight stigma drives the obesity “epidemic” and harms health. *BMC Medicine*, 16, Article 123. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1116-5>
- Ugarte-Pérez, C., Cruzat-Mandich, C., Silva, A., Díaz-Castrillon, F., Oda-Montecinos, C. y Quiñones, Á. (2025). Impact of Food Insecurity on Psychological Distress, Eating Disorder Risk, and Weight Bias Internalization: A Cross-Sectional Study in Chilean Adults. *Terapia Psicológica*, 43(1), 143–163. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082025000100143>
- Vinet, E., Rehbein, L., Román, F. y Saiz, J. (2008). *Escalas abreviadas de depresión, ansiedad y estrés (DASS - 21). Versión chilena traducida y adaptada* [Documento no publicado]. Universidad de La Frontera.
- Wang, P., Chen, C. y Yim, I. S. (2024). Internalized weight bias and eating disorder risk: The moderating role of self-construal among culturally diverse female young adults. *Stigma and Health*, 11(3), 538-547. <https://doi.org/10.1037/sah0000569>
- Wu, Y.-K. y Berry, D. C. (2018). Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(5), 1030–1042. <https://doi.org/10.1111/jan.13511>

Para citar en APA 7

Ugarte-Pérez, C., Cruzat-Mandich, C., Quiñones-Bergeret, A., Díaz-Castrillón, F., Compte, E. J. y Oda-Montecinos, C. (2026). Más allá del malestar psicológico general: el sesgo de peso internalizado y su asociación con el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en adultos chilenos. *Terapia Psicológica (En línea)*, 44(2), 253-274. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082026000200253>



© 2026 Terapia Psicológica