



Depresión y problemas de autoestima en función del índice de masa corporal

María Ángeles Piedecausa Valero^a, Pedro Saura Garre^b, Javier González de Dios^c

Recibido: 17-febrero-2026

Aceptado: 08-abril-2026

Publicado en Internet:
14-abril-2026

M.^a Ángeles Piedecausa Valero:
mpv.pediatría@gmail.com

^aServicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Elche. España • ^bDoctor en Psicología por la Facultad de Psicología de la Universidad de Murcia. España • ^cServicio de Pediatría. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. Facultad de Medicina. Universidad Miguel Hernández. Alicante. Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL). Alicante. España.

Resumen

Introducción: la obesidad es una patología cada vez más prevalente en Pediatría. Estudios recientes detectan que la obesidad no solo se relaciona con comorbilidades orgánicas, sino también con enfermedades psicológicas que pueden pasar desapercibidas, afectando notablemente en la calidad de vida.

Material y métodos: estudio observacional descriptivo transversal de 60 pacientes entre 7 y 14 años que acuden a urgencias pediátricas. Se comparan aquellos con sobrepeso/obesidad frente al grupo normopeso. Se analiza la relación entre el índice de masa corporal (IMC) y el riesgo de padecer patologías psicológicas, como depresión o problemas de autoestima en la infancia.

Resultados: de los 60 pacientes, 35 corresponden al grupo de normopeso y 25 al grupo sobrepeso/obesidad. En la escala CDI se registró depresión en 2 pacientes (5%) del grupo normopeso frente a 11 pacientes (44%) en el grupo con sobrepeso/obesidad (*odds ratio* [OR]: 12,96; intervalo de confianza del 95% [IC 95]: 2,53-66,2). En la escala Rosenberg, se detectaron problemas de autoestima en 22 pacientes (63%) con normopeso frente a 22 pacientes (88%) en el grupo sobrepeso/obesidad (OR: 4,33; IC 95: 1,08-17,35). Con respecto al ejercicio físico, el 95% de los pacientes con normopeso lo realizaba, frente al 80% de los pacientes con sobrepeso/obesidad (OR 0,24; IC 95: 0,043-1,36). Se realizó una regresión logística multivariante para conocer los factores asociados a problemas de autoestima, mostrando que el ejercicio físico actuaba como factor protector (OR: 0,184; IC 95: 0,04-0,75).

Conclusión: el sobrepeso y la obesidad se asocian a un aumento de riesgo de padecer depresión y problemas de autoestima en la población pediátrica de 7 a 14 años. El ejercicio físico se asocia a una disminución de depresión y del riesgo de padecer problemas de autoestima.

Palabras clave:

- Depresión
- Distorsión de imagen corporal
- IMC
- Obesidad
- Problemas de autoestima
- Sobrepeso

Abstract

Introduction: obesity is an increasingly prevalent condition in pediatric populations. Recent studies indicate that obesity is not only associated with organic comorbidities, but also with psychological disorders that may go unnoticed, significantly affecting quality of life.

Materials and Methods: a cross-sectional descriptive observational study was conducted including 60 patients aged 7 to 14 years attending the Pediatric Emergency Department. Patients with overweight/obesity were compared with those in the normal-weight group. The relationship between body mass index (BMI) and the risk of developing psychological conditions such as depression or low self-esteem in childhood was analyzed.

Results: of the 60 patients, 35 belonged to the normal-weight group and 25 to the overweight/obesity group. On the CDI scale, depression was identified in 2 patients (5%) in the normal-weight group compared to 11 patients (44%) in the overweight/obesity group (OR 12.96, CI 2.53-66.2). On the Rosenberg scale, self-esteem problems were detected in 22 patients (63%) in the normal-weight group compared to 22 patients (88%) in the overweight/obesity group (OR 4.33, CI 1.08-17.35). Regarding physical activity, 95% of normal-weight patients engaged in exercise compared to 80% of those with overweight/obesity (OR 0.24, CI 0.043-1.36). A multivariate logistic regression analysis was performed to identify factors associated with self-esteem problems, showing that physical activity acted as a protective factor (OR 0.184, CI 0.04-0.75).

Conclusion: overweight and obesity are associated with an increased risk of depression and self-esteem problems in the pediatric population aged 7 to 14 years. Physical activity is associated with a reduction in depression and in the risk of developing self-esteem problems.

Key words:

- BMI
- Body image distortion
- Depression
- Low self-esteem
- Obesity
- Overweight

Cómo citar este artículo: Piedecausa Valero MA, Saura Garre P, González de Dios J. Depresión y problemas de autoestima en función del índice de masa corporal. Rev Pediatr Aten Primaria. 2026;28:179-86. <https://doi.org/10.60147/050b8cbe>

INTRODUCCIÓN

La obesidad infanto-juvenil (OIJ) constituye uno de los principales problemas de salud pública del siglo XXI¹. En España, en 2023 se ha estimado una prevalencia del 10% de OIJ y del 30% de sobrepeso (SP), sin diferencias relevantes entre sexos. Se trata de una enfermedad crónica y multifactorial en cuya aparición intervienen factores biológicos, conductuales y psicosociales, entre los cuales se encuentra un estilo de vida caracterizado por una alimentación inadecuada y escasa actividad física².

Los determinantes de la salud juegan un papel fundamental en la obesidad infantil. Los determinantes comerciales de salud, como las estrategias de marketing de alimentos ultraprocesados y bebidas azucaradas, crean entornos alimentarios que predisponen a la obesidad y que influyen directamente en el consumo y las preferencias alimentarias desde edades tempranas, afectando especialmente a la población infantil y juvenil³. Además, la publicidad de alimentos con alto contenido de grasas, azúcares y sal, y su promoción dirigida a la infancia, se ha identificado como un factor que incrementa la preferencia por productos no saludables y la elevada ingesta calórica entre niños, contribuyendo al desarrollo del exceso de peso desde etapas tempranas de la infancia.

Por otro lado, el nivel socioeconómico actúa como determinante social de salud que influye en la distribución de la obesidad infantil. Algunos estudios, como el ALADINO⁴, muestran un gradiente socioeconómico claro, con mayores tasas de obesidad en niños provenientes de hogares con menor nivel socioeconómico o mayor pobreza frente a niños de hogares con mayores ingresos económicos (23,2% vs. 11,9%). Este dato puede estar relacionado con diferencias en la accesibilidad a los alimentos saludables, la inseguridad alimentaria y los estilos de vida menos favorables que suelen aparecer con mayor frecuencia en entornos con menos ingresos. Del mismo modo, también puede relacionarse con factores culturales y estructurales ligados al contexto social⁴. Estos determinantes, tanto sociales como comerciales, se combinan

para crear entornos con riesgo de obesidad de forma desigual, encontrando mayores prevalencias de obesidad infantil en contextos socioeconómicos desfavorecidos, lo que contribuye a desigualdades en salud desde edades tempranas. Estudios nacionales recientes han mostrado que estos patrones de desigualdad se reflejan en hábitos alimentarios, niveles de actividad física, acceso a entornos saludables y prevalencia de exceso de peso en función del nivel socioeconómico familiar⁵.

Por otro lado, tradicionalmente, la obesidad infantil se ha relacionado con comorbilidades orgánicas como diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia o apnea del sueño. Sin embargo, en los últimos años se ha prestado mayor atención a su asociación con alteraciones psicológicas que pueden pasar desapercibidas, como la depresión^{6,7}, los problemas de autoestima⁸, la distorsión de la imagen corporal y los trastornos de la conducta alimentaria. Estas condiciones repercuten negativamente en la calidad de vida y pueden derivar en consecuencias graves, incluyendo la ideación autolítica. La imagen corporal adquiere un papel central en la sociedad actual y se define como la representación mental que cada persona tiene de su propio cuerpo. Desde edades tempranas, los niños comienzan a preocuparse por su aspecto físico, observándose que aquellos con OIJ o SP presentan mayor insatisfacción corporal y rechazo hacia su imagen⁹. Esta insatisfacción puede afectar a la autoestima y favorecer el desarrollo de trastornos psicológicos, especialmente cuando los menores perciben que no se ajustan a los estándares sociales. Además, estos niños pueden experimentar discriminación, marginación o acoso escolar, factores que incrementan el riesgo de alteraciones emocionales. De hecho, algunos estudios sitúan la prevalencia de depresión en torno al 30-40% en niños con sobrepeso^{6,7}. En la población pediátrica, los hábitos y patrones conductuales se adquieren desde edades tempranas y tienden a mantenerse en la edad adulta. Se estima que hasta un 80% de los casos de OIJ o SP persisten o se agravan con el tiempo. Por ello, la obesidad infantil debe considerarse un problema global, prevenible mediante intervenciones

precoces orientadas a modificar estilos de vida, reducir comorbilidades y mejorar la calidad de vida a largo plazo¹⁰.

En este contexto, el presente estudio parte de la hipótesis de que los niños, niñas y adolescentes de 7 a 14 años con un índice de masa corporal (IMC) elevado, presentan mayor riesgo de desarrollar depresión y problemas de autoestima que aquellos con normopeso. El objetivo principal es analizar la relación entre el IMC y dichas alteraciones psicológicas, así como explorar los factores asociados a su aparición y la influencia de la percepción de la imagen corporal en su desarrollo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: se ha realizado un estudio observacional descriptivo transversal formado por dos grupos en función del IMC, que se han comparado entre sí: por un lado, los pacientes con OIJ/SP (IMC \geq p85) y por el otro, los pacientes con normopeso (IMC p5-p<85) que actúan como grupo control.

Los datos se obtuvieron mediante encuestas que recogían antecedentes personales, somatometría, ejercicio físico semanal, acoso escolar, situación familiar, escala CDI para depresión, escala de Rosenberg para autoestima y las siete figuras de Collins para valorar imagen corporal percibida.

El tamaño muestral fue de 60 pacientes (35 con normopeso y 25 con OIJ/SP). La población incluyó pacientes de 7-14 años atendidos en urgencias pediátricas con somatometría disponible.

Criterios de inclusión: edad 7-14 años, atención en urgencias pediátricas, ausencia de patología de base que afectara a su calidad de vida, IMC \geq 18,5 y consentimiento informado.

Criterios de exclusión: patología psicológica/psiquiátrica previa, enfermedad de base con repercusión emocional o funcional, IMC \leq 18,5 y rechazo del consentimiento.

VARIABLES PRINCIPALES:

- Clasificación del IMC: normopeso entre p5-p<85, sobrepeso entre p85-p97 y obesidad >p97 según las tablas de la OMS¹¹.

- Escala CDI: evalúa síntomas depresivos en niños de 7-17 años; puntuación \geq 19 indicaba depresión.
- Escala de Rosenberg: evalúa autoestima; <15 baja, 15-25 normal y \geq 30 muy buena.
- Figuras de Collins: siete siluetas ordenadas por peso; el paciente señalaba su figura percibida y la ideal para valorar la imagen corporal.

VARIABLES SECUNDARIAS: se registraron la edad, el sexo, los antecedentes psiquiátricos familiares, la situación sociofamiliar, el ejercicio físico (días/semana) y el acoso escolar. La variable del acoso escolar englobaba los siguientes tipos de acoso que se expresaron mediante ejemplos para facilitar la comprensión de los pacientes:

- El acoso verbal, llevado a cabo mediante insultos, burlas, apodosos...
- El acoso social, que se manifiesta mediante un rechazo a la hora de participar en el grupo.
- El acoso psicológico, en el que intentan hacer sentir inferior a la víctima.
- El acoso físico, con empujones, patadas...
- El ciberacoso, que se realiza principalmente a través de redes sociales o chats grupales, en los cuales se intenta ridiculizar a la víctima mediante burlas, memes, amenazas o incluso publicación de contenido sin consentimiento.

El paciente solamente tuvo que responder si presentaba acoso escolar o no, sin especificar el tipo de acoso que recibía.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: las variables cuantitativas se dicotomizaron. IMC se clasificó en OIJ/SP (\geq p85) o normopeso (p5-p85); CDI en depresión (>19) o no; Rosenberg en problemas de autoestima (<25) o no; en Collins se comparó la figura real y la percibida para determinar si existía una distorsión corporal. Las diferencias se analizaron con χ^2 o prueba exacta de Fisher. Se calculó la *odds ratio* (OR) y se consideró significación estadística $p < 0,05$.

ASPECTOS ÉTICOS: se obtuvo el consentimiento informado adaptado a la población pediátrica, firmado por el paciente y su representante legal.

RESULTADOS

En la **Tabla 1** se muestran las características básicas de la población del estudio: un total de 60 pacientes, de los cuales 35 (58%) formaban parte del grupo con normopeso y 25 (42%) del grupo con OIJ/SP. En el total de la muestra, un 52% eran varones. Sin embargo, al analizar los subgrupos, en el de normopeso predominaban las mujeres (57%) y en el grupo con OIJ/SP, los varones (64%).

En la escala CDI se registró depresión en 2 pacientes (5%) del grupo con normopeso frente a 11 (44%) del grupo con OIJ/SP (OR: 12,96; IC 95: 2,53-66,2).

En la escala de Rosenberg se detectaron problemas de autoestima en 22 pacientes (63%) del grupo normopeso frente a 22 (88%) del grupo OIJ/SP (OR: 4,33; IC 95: 1,08-17,35).

La imagen corporal apareció distorsionada en 17 pacientes (48%) del grupo con normopeso frente a 22 (88%) del grupo con OIJ/SP (OR: 7,76; IC 95: 1,96-30,74).

Con respecto al ejercicio físico, el 95% de los pacientes con normopeso lo realizaba, frente al 80% de los pacientes con OIJ/SP. Sin embargo, no se encontraron resultados estadísticamente significativos (OR: 0,24; IC 95: 0,043-1,36).

Por último, estudiando el acoso escolar se objetivó que el 60% de los pacientes con OIJ/SP lo sufría frente a un 32% en el otro grupo (OR: 3,27; IC 95: 1,12-9,56).

De forma descriptiva, se concluyó que en el grupo con OIJ/SP predominaba el sexo masculino, eran más propensos a padecer depresión y problemas de autoestima, realizan menos ejercicio físico y sufrían acoso escolar con mayor frecuencia.

Para detectar los factores asociados a la depresión en la población pediátrica de 7 a 14 años se realizó un modelo de regresión logística multivariante. Se analizó el ejercicio físico, la distorsión de la imagen corporal, el IMC, el acoso escolar global, el sexo y la edad, obteniendo resultados estadísticamente significativos únicamente con el IMC (OR: 10,79; IC 95: 1,78-65,32, $p = 0,010$) y el acoso escolar (OR: 24,17; IC 95: 2,60-224,14, $p = 0,005$) (**Tabla 2**).

Tabla 1. Depresión y problemas de autoestima en función del índice de masa corporal. Tabla descriptiva de la población a estudio

Variable n (%)	Normopeso n = 35 (58%)	Sobrepeso/Obesidad n = 25 (42%)	Total	p valor
Sexo				
Hombre	15 (43%)	16 (64%)	31 (52%)	0,106
Mujer	20 (57%)	9 (36%)	29 (48%)	
Edad				
7-11 años	20 (57%)	9 (36%)	29 (48%)	0,106
12-14 años	15 (43%)	16 (64%)	31 (52%)	
CDI				
No depresión	33 (95%)	14 (56%)	47 (78%)	<0,001
Sí depresión	2 (5%)	11 (44%)	13 (22%)	
Rosenberg				
Autoestima normal	13 (37%)	3 (12%)	16 (27%)	0,040
Autoestima alterada	22 (63%)	22 (88%)	44 (73%)	
Imagen corporal				
Correcta	18 (52%)	3 (12%)	21 (35%)	0,002
Distorsionada	17 (48%)	22 (88%)	39 (65%)	
Ejercicio físico				
No	2 (5%)	5 (20%)	7 (12%)	0,117
Sí	33 (95%)	20 (80%)	53 (88%)	
Acoso escolar				
Sí	24 (68%)	10 (40%)	34 (57%)	0,036
No	11 (32%)	15 (60%)	26 (43%)	

CDI: Children's Depression Inventory.

Tabla 2. Factores asociados a la depresión determinados por regresión logística binaria multivariante

		OR (IC 95)	p valor
IMC	Normopeso	Referencia	
	Sobrepeso/obesidad	10,79 (1,78-65,32)	0,010
Acoso escolar	No	Referencia	
	Sí	24,17 (2,60-224,14)	0,005

IC 95: intervalo de confianza del 95%; IMC: índice de masa corporal; OR: odds ratio.

Para determinar los factores asociados a los problemas de autoestima, se realizó, del mismo modo, un modelo de regresión logística multivariante. Se analizó el ejercicio físico, la distorsión de la imagen corporal, el IMC, el acoso escolar global, el sexo y la edad, obteniendo resultados estadísticamente significativos únicamente con el ejercicio físico (OR: 0,184; IC 95: 0,04-0,75, $p = 0,019$) y el acoso escolar (OR: 12,16; IC 95: 2,3-69,23, $p = 0,005$) (Tabla 3).

Con el objetivo de analizar la relación entre la imagen corporal percibida por los pacientes y el desarrollo de depresión y problemas de autoestima, se utilizó la variable recodificada con la diferencia de imagen calculada. De esta forma, estaban los pacientes que se veían más obesos de lo que realmente estaban (sí que presentaban distorsión de la imagen corporal) y los que se veían igual que estaban (no la presentaban). Los que presentaban una imagen corporal distorsionada presentaban

mayores tasas de depresión (OR: 8,89; IC 95: 1,07-74,08; $p = 0,023$), pero sin un aumento de la prevalencia de problemas de autoestima (OR: 2,38; IC 95: 0,74-7,72, $p = 0,142$) (Tabla 4).

DISCUSIÓN

La OIJ y el SP constituyen un importante problema de salud pública tanto en España como a nivel mundial. En nuestra serie, el 42% de los pacientes atendidos en urgencias de Pediatría presentaron sobrepeso u obesidad, lo que nos permitió hacernos una idea de la envergadura del problema al que nos enfrentamos.

En cuanto a la distribución por sexo, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, aunque sí fue posible objetivar una tendencia a ser más frecuente en varones (64% de varones con

Tabla 3. Factores asociados a los problemas de autoestima determinados por regresión logística binaria multivariante

		OR (IC 95)	p valor
Ejercicio físico	No	Referencia	
	Sí	0,184 (0,04-0,75)	0,019
Acoso escolar	No	Referencia	
	Sí	12,16 (2,13- 69,23)	0,005

IC 95: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio.

Tabla 4. Desarrollo de depresión o problemas de autoestima en función de la distorsión de la imagen corporal

Depresión n (%)		Distorsión de la imagen corporal	Imagen no distorsionada	OR (IC 95)	p valor
	No	27 (57,4%)	20 (42,6%)	Referencia	
	Sí	12 (92,3%)	1 (7,7%)	8,89 (1,07-74,08)	0,023
Problemas de autoestima n (%)	No	8 (50%)	8 (50%)	Referencia	
	Sí	31 (70,5%)	13 (29,5%)	2,385 (0,74-7,72)	0,142

IC 95: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio.

obesidad/SP frente a 36% de mujeres). Estudios previos han mostrado resultados dispares, algunos con predominio femenino y otros sin diferencias claras, lo que indica la necesidad de seguir explorando este aspecto en muestras más amplias.

Uno de los principales hallazgos de la investigación actual es la asociación entre OIJ/SP y los problemas de salud mental como la depresión^{6,7} o los problemas de autoestima⁶. El 44% de los pacientes con OIJ/SP presentaron síntomas depresivos, frente al 5% en normopeso, lo que supuso un riesgo significativamente mayor con una OR de 12,96 (IC 95: 2,53-66,2). De forma similar, el 88% de los pacientes con obesidad mostraron problemas de autoestima, frente al 63% de los pacientes con normopeso, con una OR de 4,33 (IC 95: 1,08-17,35). Estos resultados son consistentes con algunos estudios publicados en la literatura⁶⁻⁸ que también señalan la relación entre OIJ, mayor riesgo de depresión y baja autoestima. Sin embargo, en dichos estudios detectaron un predominio de depresión en mujeres obesas, lo que difiere de lo observado en nuestro estudio, donde no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre sexos, presentando depresión un 20,7% de las mujeres obesas frente a un 22,6% de los hombres.

La percepción de la imagen corporal desempeña un papel relevante en la salud psicológica. En nuestro estudio, el 88% de los pacientes con SP/OIJ presentaron distorsión de la imagen corporal (viéndose más obesos de que lo realmente estaban) frente a un 48% de los paciente con normopeso. Este resultado coincide con varios estudios publicados^{2,9} que señalan que los niños con SP/OIJ suelen percibirse con más peso del que realmente tienen, presentado dicha distorsión de la imagen corporal. Además, aquellos que se veían más obesos de lo que estaban, presentaron un riesgo significativamente mayor de depresión, desarrollándola en el 92% de los casos con una OR de 8,89 (IC 95: 1,07-74,08), destacando la influencia de la autoimagen en el bienestar emocional. Llama la atención que ningún paciente de nuestra muestra se percibió más delgado de lo que estaba, en contraste con lo descrito en otros trabajos, como el de Sánchez y

Ruiz² o el de García y Ortega¹², donde una proporción elevada de niños tenían tendencia a subestimar el exceso de peso, seleccionando figuras más delgadas que la que ellos representaban realmente. Esta discrepancia podría deberse a diferencias culturales, socioeconómicas, del entorno o incluso de la metodología del estudio, y sería pertinente explorarla con mayor detalle en futuros estudios.

En la literatura hay varios estudios que analizan la figura que seleccionan las madres con respecto a sus hijos con SP y OIJ, donde encuentran que un gran porcentaje de ellas selecciona figuras más delgadas¹³, lo que muestra que no eran realmente conscientes del problema de peso que presentaban sus hijos y, por lo tanto, cualquier cambio a realizar sería más difícil de asimilar. En nuestro estudio se intentó que los padres marcaran la figura percibida, pero la mayoría de ellos no completaron esa pregunta, por lo que no se dispuso de suficientes datos para analizar este aspecto ni para obtener conclusiones válidas.

El acoso escolar de forma global apareció como otro factor relevante, presente en el 60% de los pacientes con SP/OIJ, frente al 32% de los pacientes con normopeso. Este hallazgo, confirma la vulnerabilidad de estos niños a sufrir discriminación y estigmatización, aspectos que contribuyen al deterioro psicológico y social a largo plazo. El análisis multivariante confirmó que el acoso escolar actuaba como factor de confusión en la relación entre obesidad y depresión, ya que los pacientes que lo sufrían tenían un riesgo sustancialmente mayor de presentar síntomas depresivos (OR: 24,17; IC 95: 2,6-224,14). Estos resultados refuerzan la necesidad de abordar la obesidad infantil no solo desde el punto de vista clínico, sino también social y educativo.

Por otro lado, el ejercicio físico, practicado por el 95% de los pacientes con normopeso frente al 80% de los pacientes con SP/OIJ, surgió como un potencial factor protector en relación con el IMC. Sin embargo, no se encontraron resultados estadísticamente significativos: OR: 0,24 (IC 95: 0,043-1,36; $p = 0,117$). Por otro lado, sí que se pudo concluir que el ejercicio físico disminuía el riesgo de padecer

problemas de autoestima con una OR de 0,184 (IC 95: 0,04-0,75). Algunos resultados observados en la literatura¹² concluyen un papel beneficioso del ejercicio físico tanto para controlar el peso como para mejorar la autoestima.

Los resultados obtenidos deben interpretarse con cautela debido a las limitaciones que presenta la actual investigación.

En primer lugar, el tamaño muestral reducido y la distribución desigual entre grupos disminuyen la potencia estadística y limitan la generalización de los hallazgos.

En segundo lugar, la muestra procede de un único centro hospitalario y de pacientes atendidos únicamente en urgencias de Pediatría, lo que introduce un sesgo de selección y restringe la extrapolación de los resultados a la población general.

Así mismo, el uso de cuestionarios auto cumplimentados puede estar influido por la subjetividad de los participantes, especialmente al tratarse de población pediátrica.

Otra limitación del estudio radica en la definición de la recogida de los datos de acoso escolar, que se realizó de forma global para ser menos invasivos, incluyendo los diversos tipos de acosos escolar pero sin que el paciente tuviera que señalar cuál era el que padecía. Esta falta de especificidad puede introducir heterogeneidad en la variable analizada y limitar la interpretación de su repercusión en el estado psicológico.

Además, tampoco se recogieron variables en relación con el contexto socioeconómico ni educativo del entorno familiar, que también podrían influir en la alimentación del paciente.

Finalmente, la ausencia de un seguimiento longitudinal impide valorar la evolución de la sintomatología y su relación con los cambios en el estado nutricional o en los factores psicosociales temporales.

Estas limitaciones subrayan la necesidad de futuros estudios multicéntricos, con mayor tamaño

muestral, diseño prospectivo y recogida de variables de acoso escolar y de datos socioeconómicos del entorno familiar y socioeconómico, que permitan confirmar y ampliar los resultados obtenidos.

Pese a estas limitaciones, el estudio aporta información relevante, al evidenciar la asociación entre SP y OIJ y ciertos problemas psicológicos en la infancia. Estos resultados refuerzan la necesidad de un abordaje multidisciplinar de la OIJ, que incluya no solo la prevención y el tratamiento del exceso de peso, sino también la detección precoz de sus repercusiones psicológicas y sociales.

CONCLUSIÓN

Para concluir, hay que destacar que el sobrepeso y la OIJ se asociaron en la presente investigación a un aumento de depresión, baja autoestima, distorsión de la imagen corporal y aumento del riesgo de sufrir acoso escolar no especificado.

La identificación temprana de estos problemas y la intervención integral son fundamentales para mejorar la calidad de vida de los niños afectados y prevenir la cronificación de estas comorbilidades.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES

Contribución de los autores: investigación principal del estudio, recogida de datos, análisis y redacción (MAPV), colaboración en la elaboración del proyecto del estudio y el análisis (PSC), colaboración en la elaboración del proyecto y en la redacción de los resultados (JGD).

ABREVIATURAS

CDI: *Children's Depression Inventory* • **IC 95:** intervalo de confianza del 95% • **IMC:** índice de masa corporal • **OIJ:** obesidad infanto-juvenil • **OR:** *odds ratio* • **SP:** sobrepeso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ceballos-Macías MJ, Negrón-Juárez RP, Flores-Real JA, Vargas Sánchez J, Ortega-Gutiérrez G, Madriz-Prado R, et al. Obesidad. Pandemia del siglo XXI. *Rev Sanid Milit Mex.* 2018;72:332-8.
2. Sánchez Arenas J, Ruiz Martínez J, Olivia A. Relación entre autoestima e imagen corporal en niños con obesidad. *Revista mexicana de trastornos alimentarios.* 2015; 6(1):38-44. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.05.006>
3. World Health Organization. Commercial determinants of health. En: WHO [en línea] [consultado el 23/03/2026]. Disponible en www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/commercial-determinants-of-health
4. Obesidad y Pobreza Infantil: Radiografía de una doble desigualdad. Estudio del rol de los factores socioeconómicos en la obesidad de los escolares en España. Informe breve.
5. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Consumo. Alto Comisionado contra la Pobreza Infantil. Presidencia de Gobierno. Madrid, 2022. En: AESAN [en línea] [consultado el 23/03/2026]. Disponible en www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Obesidad_Pobreza.pdf
6. Gutiérrez González E, García Solano M, Pastor Barriuso R, Fernández de Larrea N, Rollán Gordo A, Peñalver Argüeso V, et al. Socioeconomic and geographical disparities in the prevalence of obesity and excess weight in children and adolescents in Spain: Results from the ENE-COVID study. *Rev Esp Salud Publica.* 2019;93:e201904007.
7. Ortega Miranda EG. Alteraciones psicológicas asociadas a la obesidad infantil. *Rev Med Hered.* 2018;29(2):111-5. <https://doi.org/10.20453/rmh.v29i2.3352>
8. González Toche J, Gómez García A, Gómez Alonso C, Álvarez Paredes MA, Álvarez Aguilar C. Asociación entre obesidad y depresión infantil en población escolar de una unidad de medicina familiar en Morelia. *Atención Familiar.* 2017;24(1):8-12. <https://doi.org/10.1016/j.af.2016.12.001>
9. Ortega Becerra MA, Muros JJ, Palomares Cuadros J, Martín Sánchez JA, Cepero González M. Influencia del índice de masa corporal en la autoestima de niños y niñas de 12-14 años. *An Pediatr.* 2015;83(5):311-7. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.11.017>
10. Pallares J, Baile J. Estudio de la obesidad infantil y su relación con la imagen corporal en una muestra española. *Psycholog Av Disciplin.* 2012;6(2):13-21.
11. Alba Martín R. Evidencia científica sobre intervenciones preventivas en obesidad infantil. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2017;46(1):36-43. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.03.004>
12. World Health Organization. Body mass index for age (BMI-for-age). WHO Child Growth Standards. En: WHO [en línea] [consultado el 23/03/2026]. Disponible en www.who.int/toolkits/child-growth-standards/standards/body-mass-index-for-age-bmi-for-age
13. García Rodríguez K, Ortega Bravo AJ. Programa de intervención psicológica para el manejo de la obesidad infantil. *Rev Hum Med.* 2022;22(3):615-35.
14. Nuño M, Hevia M, Bustos C, Florenzano R, Fritsch R. Distorsión de la imagen corporal en madres hacia sus hijos con sobrepeso u obesidad. *Rev chilena de nutrición.* 2017;44(1):28-32. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182017000100004>