

[r e v i s i ó n]

La infelicidad como factor contribuyente en el desarrollo de la obesidad: una revisión narrativa desde un enfoque biopsicosocial

Unhappiness as a contributing factor in the development of obesity: a narrative review from a biopsychosocial perspective

Piedad Santiago Fernández

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. España.

Cómo citar este trabajo

Santiago Fernández, P. La infelicidad como factor contribuyente en el desarrollo de la obesidad: una revisión narrativa desde un enfoque biopsicosocial. Nutr Clin Med 2026;20(1):29-38

Palabras clave

Obesidad, infelicidad, depresión, alimentación emocional, estigma del peso.

>>RESUMEN

La obesidad es una enfermedad multifactorial que afecta a cientos de millones de personas en todo el mundo, en cuya etiología confluyen factores biológicos, psicológicos y sociales. La evidencia disponible indica que la infelicidad, expresada en forma de depresión, estrés, ansiedad o baja autoestima, influye en la regulación emocional y puede favorecer conductas alimentarias desadaptativas. Asimismo, variantes genéticas como *FTO* y *MC4R* modulan la susceptibilidad al aumento de peso, especialmente en contextos de malestar psicológico. El presente trabajo revisa la literatura sobre la relación entre infelicidad y obesidad desde una perspectiva biopsicosocial, integrando dimensiones emocionales, genéticas y ambientales. Este enfoque aporta implicaciones relevantes para la práctica clínica, al subrayar la necesidad de intervenciones integrales y centradas en la persona.

Nutr Clin Med 2026; 20 (1): 29-38
DOI: 10.7400/NCM.2026.20.1.0019

Correspondencia

Piedad Santiago Fernández
Email: psantiagofernandez63@gmail.com

Obra bajo Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.
Más información:
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



Key words

Obesity, unhappiness, depression, emotional eating, weight stigma.

<<ABSTRACT

Obesity is a multifactorial disease affecting hundreds of millions of people worldwide, in which biological, psychological, and social factors interact. Available evidence indicates that unhappiness —manifested as depression, stress, anxiety, or low self-esteem— affects emotional regulation and may promote maladaptive eating behaviors. In addition, genetic variants such as *FTO* and *MC4R* modulate susceptibility to weight gain, particularly in the presence of psychological distress. This narrative review examines the relationship between unhappiness and obesity from a biopsychosocial perspective, integrating emotional, genetic, and environmental dimensions. This approach has relevant implications for clinical practice, highlighting the need for comprehensive, person-centered interventions.

Nutr Clin Med 2026; 20 (1): 29-38
DOI: 10.7400/NCM.2026.20.1.0019

>>INTRODUCCIÓN

La obesidad es connatural al ser humano y existen evidencias de su reconocimiento desde tiempos antiguos. De hecho, los griegos la relacionaban con un desequilibrio del cuerpo y la mente. La obesidad ha sido tratada a lo largo de la historia con una visión empírica en la que se ha dado especial importancia a los factores exógenos de ganancia de peso: exceso de ingesta calórica e inactividad física. Más adelante se ha hecho hincapié en los determinantes genéticos, permitiendo diferenciar la obesidad sindrómica, como el síndrome de Prader-Willi o el síndrome de Alstrom; normalmente van acompañadas de alteraciones neurológicas y endocrinológicas como el hipogonadismo. Ahora bien, hay que diferenciar entre obesidad monogénica, que es la que puede verse determinada por genes reconocidos que influyen en la ingesta calórica y, por tanto, en la ganancia ponderal; los más estudiados son el *FTO* y *MC4R* y que no van necesariamente acompañando a un cuadro sindrómico; y, por otro lado, la obesidad poligénica, es decir, la interacción acumulativa de múltiples variantes genéticas comunes, cada una con un efecto pequeño, junto con factores ambientales y conductuales^{1,2}.

La genética predispone, pero no condena a nadie a padecer obesidad, ya que la expresión de estos genes puede verse modulada por cambios en el estilo de vida.

Ya el doctor Gregorio Maraón en su *Tratado sobre gordos y flacos*, publicado en 1926, introdujo

como factores determinantes de la obesidad la herencia, los factores ambientales y los factores endocrinológicos. En dicho tratado se ahondaba en la presencia de factores predisponentes psicológicos y, sobre todo, se refiere a los trastornos mentales que se producen a consecuencia de la ganancia de peso. Esta visión ya centenaria, que se aproxima con bastante concordancia a la de las pasadas décadas, nos acerca al objetivo del presente trabajo³.

Estudios epidemiológicos y psicológicos actuales evidencian que los factores emocionales desempeñan un papel central en el desarrollo de la obesidad. La infelicidad, entendida como la presencia persistente de emociones negativas, puede actuar no solo como un factor desencadenante, sino también como un elemento que contribuye al mantenimiento del aumento de peso.

El presente artículo tiene como objetivo revisar la evidencia científica disponible sobre la relación entre infelicidad y obesidad, poniendo el foco en la interacción entre factores emocionales, genéticos y sociales desde un enfoque biopsicosocial.

>>INFELICIDAD Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS DESADAPTATIVAS

La literatura demuestra una relación directa entre estados emocionales negativos y la alimentación emocional. La ingesta emocional describe la tendencia a consumir alimentos en ausencia de hambre fisiológica con el fin de regular emociones como ansiedad, tristeza o frustración. Los

alimentos ricos en azúcares y grasas activan sistemas de recompensa cerebral, proporcionando alivio inmediato del malestar, pero reforzando patrones conductuales que culminan en aumento de peso.

Este alivio es temporal; tras la ingesta aparece culpa, autocrítica y frustración, estableciendo un ciclo de retroalimentación negativa. En un estudio realizado en México analizaron la EE con cuatro patrones dietéticos concretos en sujetos con obesidad abdominal⁴ (figura 1). Entre los sujetos con obesidad abdominal, la clasificación como “comedor emocional” o “muy emocional”, de acuerdo con el cuestionario de alimentación emocional, se asoció de manera inversa con el patrón dietético “saludable”, caracterizado por un mayor consumo de frutas, verduras, aceite de oliva, oleaginosas, legumbres, pescado y marisco. En contraste, se observó una asociación directa con el patrón dietético “snacks y comida rápida”, que incluye pan dulce, cereales de desayuno, maíz, patata, postres, dulces, azúcar y comida rápida.

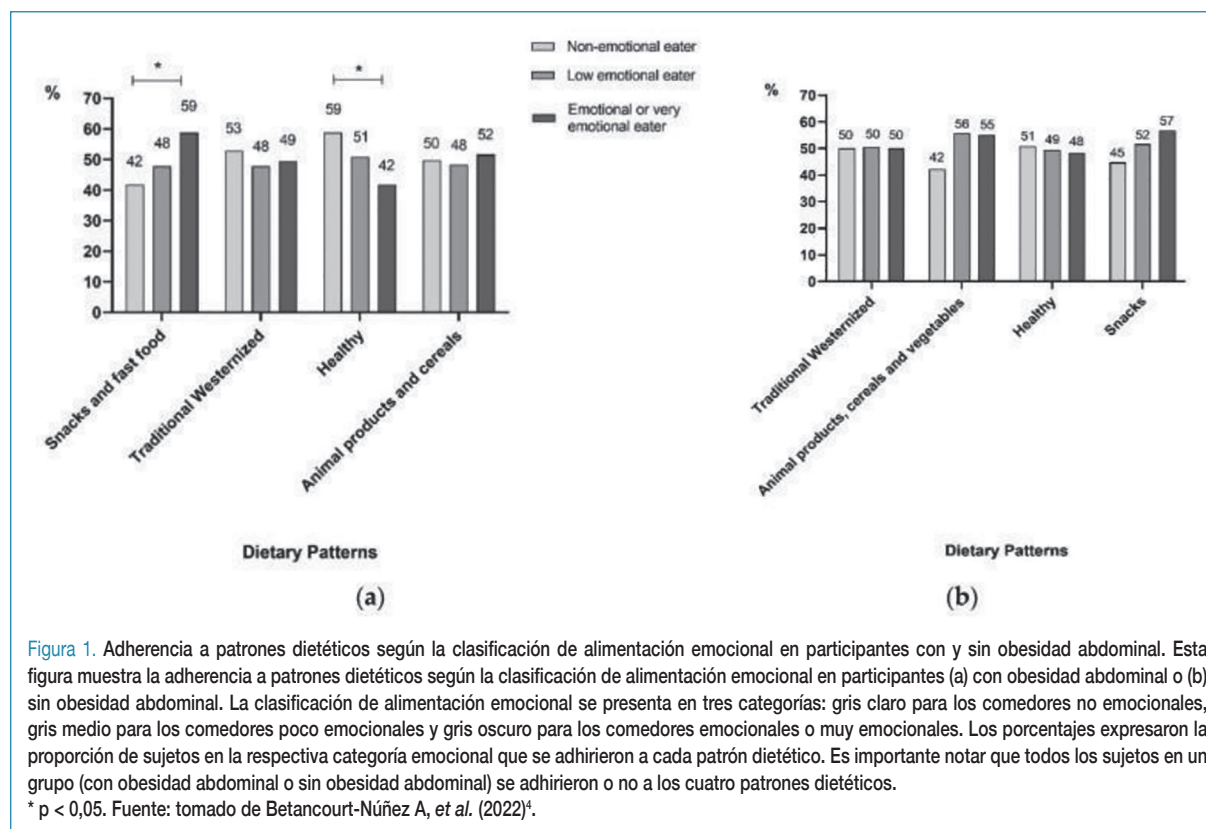
Además, los sujetos con obesidad abdominal clasificados como comedores emocionales presentaron una ingesta significativamente menor

de fibra, ácido fólico, magnesio, potasio y de vitaminas B₁ y C, junto con una ingesta significativamente mayor de sodio, lípidos totales, ácidos grasos monoinsaturados y poliinsaturados, así como de grasas saturadas.

En los participantes sin obesidad abdominal, la EE no mostró asociación con ninguno de los patrones dietéticos evaluados ($p > 0,05$)⁴.

En otro estudio, el objetivo fue identificar las emociones más asociadas con EE y determinar si difieren según el sexo en personas que se someten a tratamiento para la obesidad, tanto cambios en el patrón alimenticio o bien cambios en el patrón alimenticio asociados al tratamiento farmacológico. Sentirse “aburrido” se asoció con mayor frecuencia y fuerza con la necesidad de comer, independientemente del sexo o el tratamiento. Las puntuaciones más altas en la EE total, en las subescalas de depresión e ira, y en los sentimientos individuales de “tristeza”, “aflicción” y “disgusto” se dieron más en las mujeres en comparación con los hombres⁵.

En esta línea, desde hace tiempo se reconoce que las personas obesas tienen mayor predisposición



a la depresión y, al contrario, en una revisión sistemática se analizó si la reducción de peso a través de estrategias dietéticas se asocia con una mejoría adicional de los síntomas depresivos en personas con obesidad. En dicho análisis se incluyeron 24 estudios clínicos longitudinales, que abarcaron un total de 3244 participantes; no obstante, solo tres de ellos evaluaron específicamente a individuos con diagnóstico concomitante de obesidad y depresión. En términos generales, la mayoría de las investigaciones indicaron que las intervenciones basadas en dietas hipocalóricas se relacionaron con una reducción de las puntuaciones de depresión, mientras que la evidencia fue menos consistente en el caso del uso de suplementos dietéticos. Así, en este grupo de personas con obesidad y depresión, las dietas hipocalóricas pueden constituir un enfoque terapéutico personalizado que puede mejorar los síntomas depresivos⁶.

Además, se ha identificado que la depresión predice el aumento de peso a través de la EE⁷. En un estudio realizado sobre pacientes sometidos a cirugía bariátrica, se encontró una reganancia ponderal en el 70 % de los sujetos asociada a la EE (65 %) y la depresión (53 %)⁷.

Este problema se hace más patente en la infancia y adolescencia, puesto que los niños con obesidad tienen más probabilidad de padecer síntomas depresivos graves^{8,9}; en contraste, en la cohorte Quality, no se observó una relación entre obesidad y síntomas depresivos en niños prepúberales, aunque los autores exponen que pudo haber un sesgo en la selección de los pacientes¹⁰.

Aunque los diferentes estudios no llevan a conclusiones definitivas, sí es cierto que debería replantearse la valoración de los niños con obesidad desde un punto de vista más integral, en el que se analicen aspectos psicológicos que pueden actuar como predisponentes o mantenedores de la misma.

>> INFELICIDAD, DEPRESIÓN Y ESTIGMA DEL PESO

Más allá de los criterios puramente biofísicos que permiten diagnosticar la obesidad, estudios recientes muestran que factores sociales como el estigma del peso, entendido como la desvalori-

zación y discriminación que sufren las personas por su tamaño corporal, ejercen un papel activo en la génesis y mantenimiento de la obesidad. Se ha documentado cómo este estigma no solo acompaña el exceso de peso, sino que potencia comportamientos obesogénicos y agrava resultados de salud, actuando por vías independientes de la masa corporal. La obesidad se ha asociado generalmente a pereza, falta de voluntad y dificultad para llevar a cabo tareas relacionadas con el trabajo que exigen, sobre todo, esfuerzo físico. De hecho, en la antigua Grecia, en las representaciones teatrales, como por ejemplo en las comedias de Aristófanes, los personajes glotones y obesos eran ridiculizados no solo por su aspecto físico, sino también por lo que este simbolizaba: la vagancia, la ignorancia y la torpeza.

Así, la obesidad adquiere una dimensión cultural más amplia, como signo de degeneración social¹¹.

El estigma es un fenómeno multidimensional que se manifiesta tanto a nivel individual como estructural. Desde el punto de vista microsocial, incluye el estigma público y el autoestigma. El estigma público se refiere a la discriminación y a las actitudes negativas basadas en el peso, expresadas a través de prejuicios y comportamientos discriminatorios entre personas. El autoestigma implica la internalización de estos estereotipos por parte de la persona afectada. Ambos están estrechamente relacionados y conforman el estigma de peso como una experiencia de actitudes negativas hacia las personas con sobrepeso. A nivel macrosocial, el estigma estructural se produce cuando instituciones y políticas sociales promueven o refuerzan mensajes estigmatizantes, limitando las oportunidades de los grupos afectados¹².

El estigma aparece en múltiples contextos, incluidos el ámbito sanitario, educativo, laboral y digital.

En un metaanálisis que incluyó 105 estudios con más de 59 000 participantes, se encontró una asociación negativa entre el estigma por peso y la salud mental ($r \approx -0,35$).

Esto indica que mayores niveles de estigma por peso se relacionan con peores resultados de salud mental. El peso corporal fue un moderador

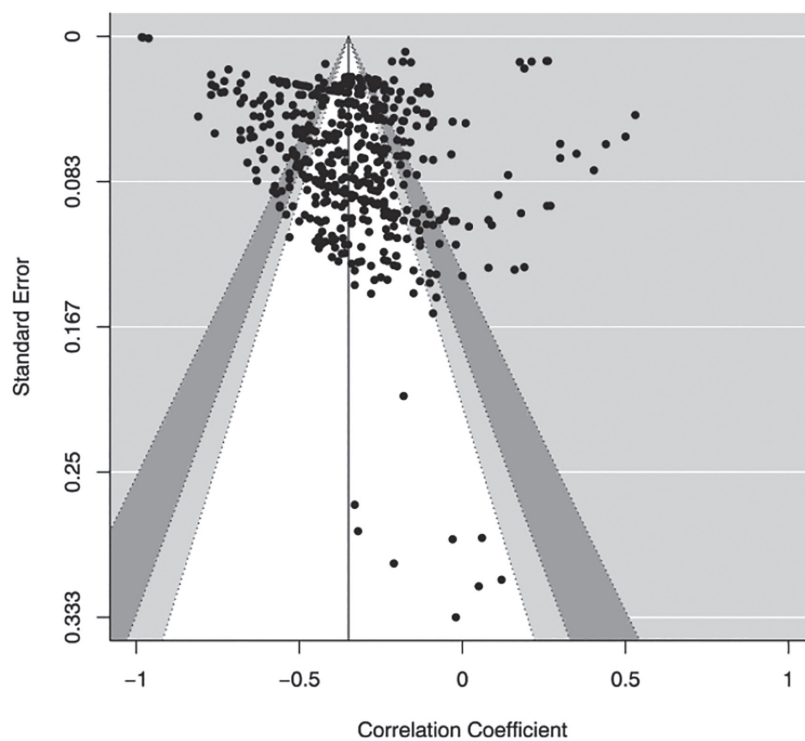


Figura 2. Gráfico de embudo de la asociación general entre el estigma del peso y la salud mental. Las líneas diagonales representan los intervalos de confianza: la región blanca corresponde a $P > 0,10$, la región gris claro a $P = 0,10$ a $0,05$, la región gris oscuro a $P = 0,05$ a $0,01$ y la región fuera del embudo a $P < 0,01$. Fuente: tomado de Emmer C, *et al.* (2020)¹³.

significativo, lo que indica una asociación más fuerte entre el estigma del peso y el deterioro de la salud mental con el aumento del índice de masa corporal. Las investigaciones futuras podrían centrarse en explicar la heterogeneidad de los hallazgos y en comprobar la causalidad, así como los posibles mecanismos subyacentes (figura 2)¹³.

El estigma genera un círculo vicioso: malestar → ingesta emocional → aumento de peso → mayor estigma → más malestar (figura 3).

Los medios de comunicación, fundamentalmente las redes sociales e internet, la publicidad y la ausencia de una política de salud pública eficiente que pueda eliminar todos estos condicionantes llevan a la estigmatización de las personas obesas. Esta situación también supone una barrera en la atención médica, dado que los pacientes con obesidad, en algunas ocasiones, carecen de una atención sanitaria que valore otros factores de riesgo cardiovascular o metabólico precisamente por su condición de

obesos, reduciendo su estado clínico al desequilibrio matemático de exceso de ingesta-falta de gasto^{14,15}.

En relación con esto, la Asociación Americana de Diabetes (ADA) ha propuesto una serie de directrices orientadas a reconocer y abordar el sesgo y el estigma relacionados con el peso. En este sentido, se destaca la importancia de que los profesionales y el personal sanitario reciban formación específica sobre este tema, con el objetivo de mejorar la atención brindada a las personas con obesidad. Dicha formación debería iniciarse en etapas tempranas y mantenerse a lo largo de la formación académica y la práctica clínica. Desde esta perspectiva, se recomienda una capacitación multicomponente que combine contenidos teóricos con experiencias prácticas, con el fin de reducir tanto el sesgo explícito como el implícito relacionado con el peso¹⁶.

Por otro lado, se reconoce que las consultas clínicas pueden constituir un espacio potencial de estigmatización, por lo que se subraya la necesidad

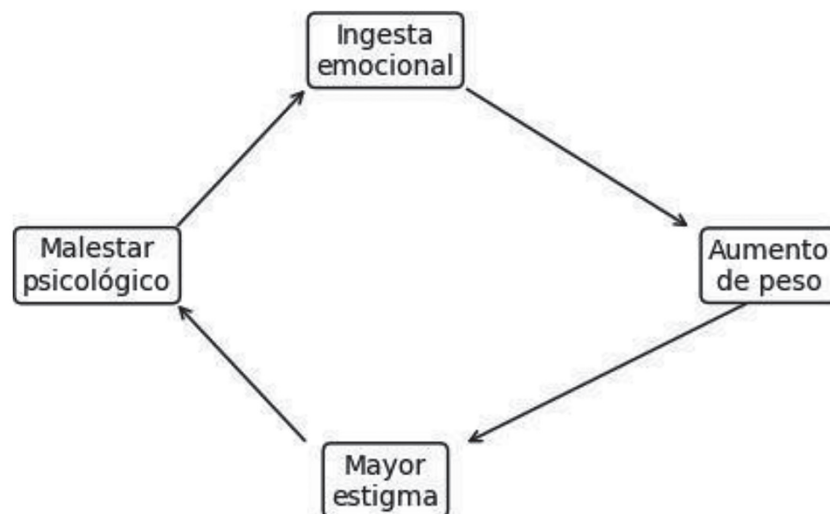


Figura 3. Círculo que relaciona estigma con aumento de peso mediado por la ingesta emocional y agravado por el malestar emocional. Elaboración propia.

de disponer de mobiliario y equipamiento adecuados que favorezcan entornos inclusivos. Del mismo modo, garantizar la privacidad y actuar con sensibilidad durante la realización de mediciones antropométricas resulta fundamental para minimizar experiencias estigmatizantes.

Finalmente, se enfatiza que los profesionales de la salud deben emplear un lenguaje centrado en la persona y libre de prejuicios, así como promover la toma de decisiones compartida, teniendo en cuenta la salud y los objetivos individuales de cada persona. Pedir permiso para abordar el tema del peso y respetar las preferencias personales constituye un aspecto clave de una atención respetuosa. En conjunto, la ADA promueve la implementación de estas directrices como una estrategia para reducir el sesgo y el estigma relacionados con el peso, poniendo el énfasis en la educación, la creación de entornos clínicos inclusivos y una comunicación eficaz en la atención de la obesidad¹⁶.

>> INFLUENCIA DE LAS REDES SOCIALES

Las redes sociales se han consolidado como un espacio central en la construcción y difusión de discursos sociales relacionados con el cuerpo, la salud y la obesidad. Estas plataformas no solo funcionan como canales de información, sino también como reproductoras de normas estéticas

y valores culturales que influyen de manera significativa en la percepción corporal y en el bienestar psicológico de los usuarios. Diversos estudios han analizado la relación entre el uso de plataformas digitales y la autopercepción corporal, especialmente en población adolescente, evidenciando que estos entornos constituyen un terreno especialmente propicio para la reproducción del estigma corporal y, en particular, del estigma asociado a la obesidad¹⁷⁻²⁰.

En este contexto, los discursos de *body negative* se manifiestan a través de la estigmatización de las personas en función de su peso, exponiéndolas al escarnio público y a procesos de exclusión social que pueden extenderse al ámbito laboral, a las relaciones interpersonales e incluso a la atención sanitaria¹⁵. La interacción en redes sociales está condicionada por múltiples factores, como el estrato socioeconómico, la localización geográfica, los intereses económicos de determinados *influencers* y, de manera especialmente relevante, el tiempo de exposición a estas plataformas, con un impacto notable en redes como TikTok e Instagram.

Frente a este escenario de exclusión y *body shaming*, surge a finales de la década de 1990 el movimiento *body positivity*, entendido como un movimiento sociocultural y de salud pública orientado a promover la aceptación y el respeto hacia la diversidad corporal. Este enfoque defiende la legitimidad de todos los cuerpos,

independientemente de su peso, forma, edad, capacidad o apariencia, y tiene como objetivo principal reducir el estigma corporal, especialmente el relacionado con el peso, y contrarrestar los ideales corporales irreales impuestos por la cultura dominante.

La literatura científica pone de manifiesto el carácter ambivalente de las redes sociales en relación con la obesidad. Por un lado, persisten contenidos estigmatizantes que refuerzan estereotipos negativos y asocian la obesidad con falta de autocontrol o responsabilidad individual, contribuyendo a la insatisfacción corporal, a la internalización del estigma de peso y a un mayor riesgo de problemas de salud mental, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes. De forma complementaria, se ha identificado la existencia de comunidades digitales que actúan como espacios de resistencia, apoyo social y validación emocional, promoviendo narrativas más inclusivas sobre el cuerpo y la salud²¹.

Así, estudios recientes señalan que la exposición a contenidos *body positivity* o *body neutral* en plataformas como TikTok puede ofrecer alternativas beneficiosas frente a los discursos estigmatizantes, aunque los efectos pueden variar en función de las características identitarias individuales²². La evidencia sugiere que el contenido *body positivity* se asocia con mayores niveles de satisfacción corporal y menor efecto negativo en comparación con contenidos que promueven ideales corporales normativos. No obstante, algunos autores advierten de sus limitaciones cuando este enfoque deriva en una nueva norma estética, lo que ha impulsado el desarrollo de perspectivas como la *body neutrality*, centradas en reducir la centralidad del cuerpo en la autoevaluación personal²².

Pese a que los estudios en tik Tok y otras redes sociales son muy recientes y con diseños transversales, en su conjunto, los estudios disponibles indican que las redes sociales pueden desempeñar tanto un papel perjudicial como protector en relación con el estigma corporal asociado a la obesidad. El *body positivity*, promovido desde una perspectiva crítica, inclusiva y basada en la diversidad corporal, puede constituir un factor de protección frente a los efectos negativos de la estigmatización, siempre que evite reproducir nuevas formas de normatividad estética.

>> INTERACCIÓN GENÉTICA-EMOCIÓN-ENTORNO

Existen factores biológicos que modulan la vulnerabilidad al aumento de peso. *Genome-wide association studies* han identificado variantes genéticas (*FTO*, *MC4R*) que influyen en el apetito y la regulación energética, así como una mayor tendencia a la ingesta emocional bajo estrés². Sin embargo, la expresión de estos genes no es determinista, sino que se ve afectada por el entorno emocional y social^{23,24}.

No existe evidencia concluyente que permita establecer una relación genética única y determinante. Digamos que la genética predispone, pero no condena a convivir con la obesidad.

Hay dos conceptos muy interesantes que intentan explicar esta paradoja: por un lado, la epigenética y, por otro lado, la nutrigenómica.

La evidencia sugiere que los factores ambientales tempranos pueden inducir cambios epigenéticos, especialmente mediante la metilación del ADN, que modifican la expresión génica sin alterar la secuencia del ADN y aumentan el riesgo de obesidad en la edad adulta; estos marcadores epigenéticos podrían utilizarse para identificar individuos en riesgo y orientar estrategias preventivas desde etapas tempranas de la vida. En este contexto, la nutrigenética y la nutrigenómica estudian la interacción entre genes y nutrientes, considerando cómo las variaciones genómicas influyen en el metabolismo y la biodisponibilidad de los nutrientes, y cómo estos, a su vez, regulan la expresión génica mediante enfoques como la epigenética, la transcriptómica, la proteómica y la metabolómica, con el potencial de desarrollar recomendaciones nutricionales personalizadas que favorezcan cambios dietéticos sostenibles, la pérdida de peso y la mejora de la calidad de vida^{25,26}.

>> UN ENFOQUE BIOPSIOSOCIAL PARA COMPRENDER LA OBESIDAD

La obesidad es una condición compleja cuya comprensión excede los modelos explicativos centrados exclusivamente en el balance energético. Frente a estas restricciones, el enfoque biopsicosocial, desarrollado por George L. Engel en la

década de 1970, plantea una perspectiva integradora desde la cual la obesidad puede entenderse como el resultado de la interacción dinámica entre dimensiones biológicas, psicológicas y sociales²⁷.

Desde una perspectiva biológica, la obesidad se encuentra influida por múltiples procesos fisiológicos y genéticos, incluyendo la predisposición hereditaria, la regulación neuroendocrina del apetito y la saciedad, el metabolismo energético y el papel de la microbiota intestinal. En una revisión se explica que los mecanismos homeostáticos del peso corporal tienden a defender un rango de peso determinado, lo que dificulta la pérdida de peso sostenida a largo plazo²⁸. Estos factores biológicos responden a por qué la obesidad no puede entenderse únicamente como una consecuencia de la falta de autocontrol individual.

El componente psicológico desempeña un papel fundamental, tanto en el desarrollo como en el mantenimiento de la obesidad. Variables como el estrés crónico, la ansiedad, la depresión, la regulación emocional y la relación con la comida influyen de manera significativa en los comportamientos alimentarios²⁹. La EE puede funcionar como una estrategia de afrontamiento frente a estados afectivos negativos, reforzando patrones de ingesta desadaptativos. Asimismo, los intentos repetidos y fallidos de pérdida de peso pueden generar sentimientos de culpa, baja autoestima y desesperanza aprendida, contribuyendo a la cronificación del problema³⁰.

Desde el componente social, la obesidad se inscribe dentro de un entramado de determinantes estructurales que incluyen el nivel socioeconómico, el acceso desigual a alimentos saludables, las condiciones laborales, el diseño urbano y la influencia de la industria alimentaria. El concepto de “entorno obesogénico” describe contextos que promueven el consumo de alimentos ultraprocesados y el sedentarismo, limitando las posibilidades de elección individual³¹. Además, el estigma social asociado a la obesidad constituye un factor de riesgo adicional, ya que se relaciona con peores resultados en salud mental, evitación de servicios sanitarios y mayor aumento de peso a lo largo del tiempo³².

El enfoque biopsicosocial permite comprender la obesidad no como una falla individual, sino

como una condición multifactorial resultante de la interacción entre el cuerpo, la mente y el contexto social. Esta perspectiva cuestiona los discursos moralizantes y simplificadores, y promueve una mirada más empática y basada en la evidencia científica.

Adoptar este enfoque tiene implicaciones directas para la prevención y el tratamiento de la obesidad. Las intervenciones más eficaces son aquellas que integran estrategias biológicas, psicológicas y sociales, abordando tanto los determinantes individuales como los estructurales del problema³³. De este modo, el modelo biopsicosocial no solo amplía la comprensión del fenómeno, sino que contribuye al desarrollo de políticas públicas y prácticas clínicas más equitativas, sostenibles y respetuosas de la dignidad de las personas.

>> DISCUSIÓN

La evidencia revisada confirma que la obesidad asociada a infelicidad y malestar emocional es bidireccional y está mediada por factores emocionales, sociales y biológicos. Requiere un abordaje que trascienda las intervenciones centradas exclusivamente en la ingesta y el gasto energético. En una proporción relevante de personas, la alteración de la regulación emocional y la presencia de síntomas depresivos contribuyen a la creación de un círculo vicioso entre malestar psicológico, ingesta emocional y ganancia ponderal^{29,30}.

En este contexto, las estrategias conductuales orientadas a la regulación emocional constituyen un componente esencial del tratamiento. Intervenciones como la terapia cognitivo-conductual han demostrado eficacia en la reducción de la ingesta emocional y en la mejora de la autoestima y del estado de ánimo^{6,29}. Además, los enfoques de tercera generación, como las intervenciones basadas en *mindfulness* o la terapia de aceptación y compromiso, muestran resultados prometedores al favorecer una relación más flexible con la comida y una menor reactividad emocional ante el estrés, lo que se traduce en una mejor adherencia terapéutica a largo plazo²⁹.

De esta forma, el estigma relacionado con el peso emerge como un factor clave en la cronificación de la obesidad y en el deterioro de la salud mental^{13,30,32}. Por ello, la reducción del estigma debe

considerarse un objetivo prioritario. Las guías recientes recomiendan un enfoque clínico centrado en la persona, el uso de un lenguaje no moralizante y la toma de decisiones compartida como estrategias fundamentales para mejorar la experiencia asistencial y los resultados en salud^{11,15,16}.

Las intervenciones nutricionales y médicas resultan más eficaces cuando se integran en un marco interdisciplinar que contemple los factores emocionales y sociales del paciente. La personalización del tratamiento dietético, así como la evaluación psicológica sistemática en contextos como la farmacoterapia o la cirugía bariátrica, permiten identificar factores de riesgo asociados a la reganancia ponderal y a peores resultados a largo plazo^{4,6,7,30}. Desde una perspectiva de prevención y salud pública, la detección temprana del malestar emocional en la infancia y la adolescencia representa una oportunidad clave para reducir el riesgo de obesidad y sus consecuencias psicológicas⁸⁻¹⁰. Programas educativos centrados en la alfabetización emocional, la aceptación corporal y el pensamiento crítico frente a los mensajes de las plataformas digitales actúan como factores protectores frente al estigma y la infelicidad¹⁷⁻²². En este sentido, la promoción de enfoques como la neutralidad corporal se asocia con una mayor satisfacción corporal y menor afecto negativo, especialmente en población joven^{21,22}.

En conjunto, los datos respaldan la necesidad de un modelo biopsicosocial que sitúe a la persona en el centro de la intervención, reconociendo la interacción entre vulnerabilidad biológica, factores emocionales y contexto social^{27,30,33}.

>>BIBLIOGRAFÍA

1. Speakman JR, Loos RJE, O'Rahilly S, Hirschhorn JN, Allison DB. GWAS for BMI: a treasure trove of fundamental insights into the genetic basis of obesity. *Int J Obes (Lond)*. 2018;42(8):1524-31. DOI: 10.1038/s41366-018-0147-5.
2. Cornelis MC, Rimm EB, Curhan GC, *et al*. Obesity susceptibility loci and their relationship with metabolic traits. *Front Genet*. 2014;5:256. DOI: 10.3389/fgene.2014.00256.
3. Marañón G. Gordos y flacos: estado actual del problema de la patología del peso humano. Madrid: [s.n.]; 1926.
4. Betancourt-Núñez A, Torres-Castillo N, Martínez-López E, De Loera-Rodríguez CO, Durán-Barajas E, Márquez-Sandoval F, *et al*. Emotional eating and dietary patterns: a systematic review. *Nutrients*. 2022;14(7):1371. DOI: 10.3390/nu14071371.
5. Guerrero-Hreins E, Stammers L, Wong L, Brown RM, Sumithran P. A comparison of emotional triggers for eating in men and women with obesity. *Nutrients*. 2022;14(19):4144. DOI: 10.3390/nu14194144.
6. Patsalos O, Keeler J, Schmidt U, Penninx BWJH, Young AH, Himmerich H. Diet, obesity, and depression: a systematic review. *J Pers Med*. 2021;11(3):176. DOI: 10.3390/jpm11030176.
7. Nicolau J, Sanchís P, Sfondrini G, Ayala L, Pujol A, Tamayo MI, *et al*. El cuestionario EBBS es una herramienta útil para identificar riesgo de recuperación de peso tras gastrectomía en manga. *Obes Surg*. 2025;35:1769-78. DOI: 10.1007/s11695-025-07836-2.

Abordar la obesidad desde esta perspectiva no solo es más eficaz, sino también más ético y acorde con la evidencia científica actual.

>>CONCLUSIONES

La evidencia disponible indica que la infelicidad y el malestar emocional participan activamente en el desarrollo y la cronificación de la obesidad, influyendo en la conducta alimentaria y viéndose reforzados por el estigma social. Estos factores dificultan tanto la prevención como el tratamiento eficaz de la enfermedad.

Los resultados subrayan la necesidad de un enfoque multidimensional que trascienda la prescripción dietética y el ejercicio físico, incorporando de forma sistemática estrategias de regulación emocional, apoyo psicológico y una comunicación clínica libre de estigmas. Asimismo, la detección precoz del malestar emocional y la actuación sobre los determinantes sociales del estigma resultan clave en la prevención.

Conflictos de intereses

La autora declara no tener conflicto de intereses.

Uso de inteligencia artificial

La autora declara haber utilizado herramientas de inteligencia artificial como apoyo técnico en tareas de organización y formato bibliográfico, sin impacto en el contenido científico.

8. Quek YH, Tam WWS, Zhang MWB, Ho RCM. Association between childhood and adolescent obesity and depression: a meta-analysis. *Obes Rev*. 2017;18(7):742-54. DOI: 10.1111/obr.12535.
9. Papadimitriou K, Mentzelou M, Papadopoulou SK, Antasouras G, Deligiannidou GE, Alexatou O, *et al*. Childhood obesity and overweight are associated with higher risk of depression and anxiety. *Life (Basel)*. 2025;15(6):968. DOI: 10.3390/life15060968.
10. Bonin S, Harnois-Leblanc S, Béland M, Simoneau G, Mathieu MÈ, Barnett TA, *et al*. Association between depressive symptoms and overweight or obesity in prepubertal children. *J Affect Disord*. 2024;367:486-95. DOI: 10.1016/j.jad.2024.08.138.
11. Flint SW, Sozza PV, Brown A. Addressing weight stigma and communicating with patients. *Arch Endocrinol Metab*. 2025;70(Spec No 1):e250335. DOI: 10.20945/2359-4292-2025-0335.
12. Corrigan PW, Watson AC, Gracia G, Slopen N, Rasinski K, Hall LL. Newspaper stories as measures of structural stigma. *Psychiatr Serv*. 2005;56(5):551-6. DOI: 10.1176/appi.ps.56.5.551.
13. Emmer C, Bosnjak M, Mata J. Association between weight stigma and mental health: a meta-analysis. *Clin Nutr*. 2020;39(7):2070-84. DOI: 10.1016/j.clnu.2019.10.025.
14. Westbury S, Oyebode O, Van Rens T, Barber TM. Obesity stigma: causes, consequences, and potential solutions. *Curr Obes Rep*. 2023;12(1):10-23. DOI: 10.1007/s13679-023-00495-3.
15. Sánchez-Carracedo D. Obesity stigma and its impact on health: a narrative review. *Endocrinol Diabetes Nutr*. 2022;69(10):868-77. DOI: 10.1016/j.endinu.2022.07.005.
16. Bannuru RR; Professional Practice Committee. Weight stigma and bias: standards of care in overweight and obesity-2025. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2025;13(Suppl 1):e004962. DOI: 10.1136/bmjdr-2025-004962.
17. Camacho-Vidal P, Díaz-López A, Sabariego-García JA. Relación entre el uso de Instagram y la imagen corporal en adolescentes. *Apuntes Psicol*. 2023;41(2):117-22. DOI: 10.55414/ap.v41i2.1537.
18. Alluhidan M, Saleh S, Alharbi N, *et al*. Unfiltered: how teens engage in body image and shaming discussions via Instagram DMs. *arXiv preprint*. 2025;arXiv:2504.02176.
19. Bajaña Marín S, García AM. Uso de redes sociales y factores de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria: revisión sistemática. *Aten Primaria*. 2023;55(11):102708. DOI: 10.1016/j.aprim.2023.102708.
20. Ramos Hernández E, Sánchez-Aguadero N, Feroso Palmero MJ, Recio-Rodríguez JI. Influence of social networks on self-image and lifestyle in postpartum women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2025;25(1):753. DOI: 10.1186/s12884-025-07847-y.
21. Li C, Ademiluyi A, Ge Y, Park A. Using social media to understand web-based social factors concerning obesity: a systematic review. *JMIR Public Health Surveill*. 2022;8(3):e25552. DOI: 10.2196/25552.
22. Kilby R, Mickelson KD. Combating weight-stigmatization in online spaces: impacts of body neutral and body positive TikTok content. *Front Psychiatry*. 2025;16:1577063. DOI: 10.3389/fpsyt.2025.1577063.
23. Locke AE, Kahali B, Berndt SI, Justice AE, Pers TH, Day FR, *et al*. Genetic studies of body mass index yield new insights for obesity biology. *Nature*. 2015;518:197-206. DOI: 10.1038/nature14177.
24. Yengo L, Sidorenko J, Kempner KE, Zheng Z, Wood AR, Weedon MN, *et al*. Meta-analysis of GWAS for height and BMI in ~700,000 individuals. *Hum Mol Genet*. 2018;27(20):3641-49. DOI: 10.1093/hmg/ddy271.
25. Casanello P, Krause BJ, Castro-Rodríguez JA, Uauy R. Epigenética y obesidad. *Rev Chil Pediatr*. 2016;87(5):335-42. DOI: 10.1016/j.rchipe.2016.08.009.
26. Kiani AK, Bonetti G, Donato K, Kaftalli J, Herbst KL, Stuppia L, *et al*. Polymorphisms, diet and nutrigenomics. *J Prev Med Hyg*. 2022;63(2 Suppl 3):E125-41. DOI: 10.15167/2421-4248/jpmh2022.63.2S3.2754.
27. Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-36. DOI: 10.1126/science.847460.
28. Hall KD, Heymsfield SB, Kemnitz JW, Klein S, Schoeller DA, Speakman JR. Energy balance and its components: Implications for body weight regulation. *Am J Clin Nutr*. 2017;95(4):989-94. DOI: 10.3945/ajcn.112.036350.
29. Macht M. How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*. 2008;50(1):1-11. DOI: 10.1016/j.appet.2007.07.002.
30. Tomiyama AJ. Weight stigma is stressful: A review of evidence for the Cyclic Obesity / Weight-Based Stigma model. *Curr Obes Rep*. 2018;7(2):157-65. DOI: 10.1016/j.appet.2014.06.108.
31. Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, McPherson K, Finegood DT, Moodie ML, *et al*. The global obesity pandemic: Shaped by global drivers and local environments. *Lancet*. 2011;378(9793):804-14. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60813-1.
32. 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.
33. World Health Organization. Obesity and overweight [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [consultado 07/01/2026]. Disponible en: <https://www.who.int>.