

Asociación de la ansiedad y el autocontrol con la calidad de vida en adultos con sobrepeso u obesidad

Association of anxiety and self-control with quality of life in adults with overweight or obesity

Cecilia Hernández-González
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

Mario E. Rojas-Russell¹
FES Zaragoza y Facultad de Medicina, UNAM

Luis Flórez-Alarcón
Universidad Nacional de Colombia

Karina Serrano-Alvarado
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

Ángeles Aedo-Santos
Facultad de Medicina, UNAM

Malaquías López-Cervantes
Facultad de Medicina, UNAM

El propósito de esta investigación fue explorar la variación de la calidad de vida relacionada con la salud, a partir de las variables ansiedad y autocontrol. Participaron 270 usuarios de un centro de salud de primer nivel de atención de la Ciudad de México. Todos contestaron la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, la Escala Breve de Autocontrol, y el Cuestionario de salud SF-12 que evalúa calidad de vida física y mental percibidas. Los resultados mostraron asociaciones significativas entre calidad de vida percibida, tanto física como mental, con la ansiedad, y el autocontrol. En un modelo multivariado paso a paso ajustado por índice de masa corporal, género y edad; tanto el autocontrol como la ansiedad predijeron la calidad de vida física y mental mostrando puntajes más elevados en las variables respuesta para quienes reportaron mayor autocontrol y menores niveles de ansiedad. Estos resultados señalan cómo estos factores psicológicos podrían conllevar a condiciones adversas en la salud y al bienestar físico y psicológico, a través de hábitos y elecciones relacionados con el estilo de vida, ya que están relacionados con la impulsividad y falta de habilidades de autorregulación.

Palabras claves: calidad de vida; ansiedad; autocontrol; obesidad.

The aim of this study was to explore the changes in "health-related quality of life" from anxiety and self-control. 270 users of a primary health care center in Mexico City answered the Hospital Anxiety and Depression Scale, the Self-control Brief Scale and the SF-12 Health survey that measures mental and physical quality of life. Results showed significant relationships between anxiety and self-control with quality of life. In a multivariate stepwise model adjusted by body mass index (BMI), gender and age, both anxiety and self-control predicted physical and mental quality of life showing higher scores in the response variables for those who reported greater self-control and lower anxiety levels. These results show how these psychological factors may lead to adverse health conditions and physical and psychological well-being through choices related to habits and lifestyle, as they are associated to impulsivity and lack of self-regulation skills.

Keywords: quality of life; anxiety; self-control; obesity.

La salud es un proceso complejo que ha cambiado significativamente en los últimos años, debido a las transiciones epidemiológicas y demográficas. Esto ha implicado una reconceptualización de este proceso, con la incorporación de conceptos como calidad de vida y bienestar (Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa, 2002).

Una de las condiciones crónicas más importantes son los problemas relacionados con el exceso de peso corporal. La obesidad es un precursor de la presencia de otras enfermedades crónicas y se le ha asociado con algunos factores emocionales negativos como síntomas depresivos, pobre auto-concepto y con una baja calidad de vida rela-

cionada con la salud (CVRS), principalmente cuando el sobrepeso ha estado presente desde la infancia (Friedlander, Larkin, Rosen, Palermo, & Redline, 2003). Este resultado suele presentarse aun cuando todavía no está presente ninguna otra enfermedad crónica, y es más frecuente que las mujeres reporten una calidad de vida disminuida cuando el índice de masa corporal (IMC) es mayor (Korhonen, Seppälä, Järvenpää & Kautiainen, 2013). Existe evidencia del efecto negativo de la obesidad sobre la CVRS en adultos, especialmente en dominios de percepción general de la salud, funcionamiento físico, interacción social y salud emocional (Friedlander et al., 2003).

Un factor psicosocial fundamental para las conductas de salud es el autocontrol, pues permite comprender las habilidades para el mantenimiento de ellas. La capacidad de ejercer autocontrol permite adaptarse al medio ambiente. En consecuencia, su deficiencia implica dificultades para el automonitoreo, el logro de metas o desarrollar estrategias para conseguirlas (Tangney, Baumeister & Boone, 2004). En relación con la obesidad, el autocontrol resultó tener un mayor poder

¹ Dirección para correspondencia: Mario Enrique Rojas-Russell. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Avenida Guelatao No. 66. Colonia Ejército de Oriente, Distrito Federal, México. Código postal: 09230. Correo-e: merr@unam.mx

Financiamiento: Esta investigación ha sido apoyada por Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM, proyecto IN304812 y por el Fondo Sectorial de Salud del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, proyecto SALUD 2012-01-181118.

explicativo para el diagnóstico de nueve de diez enfermedades en niños y adolescentes, que otras variables como la intención y autoeficacia (Miller, Barnes & Beaver, 2011).

Por su parte, la calidad de vida también se ve afectada por factores psicológicos, como la ansiedad. Se ha observado en distintos tipos de personas, que niveles elevados de ansiedad se relacionan con una menor calidad de vida e involucran efectos adversos en la salud. Por ejemplo, esta relación fue vista en estudios con mujeres embarazadas (Couto et al., 2009), pacientes en hemodiálisis (Ugurlu, Bastug, Cevirme & Uysal, 2012) y personas con sobrepeso u obesidad (Cherepanov, Palta, Fryback & Robert, 2010). Por otro lado, la ansiedad se ha relacionado con la contraparte del autocontrol, la impulsividad. A ambas se les ha descrito como indicadores de personalidad patológica, aunque aún no se ha determinado la dirección de ésta relación, ya que si bien las dificultades con la autorregulación pueden ser la entrada a los problemas psicológicos también puede ser que una alta ansiedad provoque fallos en la habilidad para auto controlarse. Este vínculo ha sido descrito en algunos estudios (Farmer, 1998) por ejemplo Tangney et al. (2004) observaron, una relación significativa entre una alta ansiedad y bajo autocontrol en estudiantes estadounidenses. Asimismo, Abrines et al. (2012) encontraron una relación positiva entre impulsividad y ansiedad, al evaluar el ajuste emocional en niñas adoptadas cuando entran a una nueva familia.

Un dato que respalda esta relación es el hecho de que la obesidad puede surgir cuando los individuos tienen mecanismos de afrontamiento mal adaptativos (lo cual a su vez podría ser consecuencia de un pobre autocontrol). Por otro lado, el detrimento en la salud y la discriminación contribuyen a que aparezcan trastornos del estado de ánimo o de ansiedad en personas con sobrepeso u obesidad que contaban con un buen estado de salud mental; sin embargo, en la práctica clínica hay pacientes obesos que no presentan psicopatología y pacientes con psicopatología que no son obesos (Unikel-Santocini, Vásquez-Velázquez y Kaufer-Horwitz, 2012).

No se ha establecido si la psicopatología es causa o consecuencia de la obesidad, es posible que la obesidad esté relacionada con factores psicológicos y con la respuesta del individuo ante determinadas experiencias emocionales y muchas veces la psicopatología lleve a la adopción de una alimentación poco saludable y al sedentarismo, con la subsecuente ganancia de peso, conformándose así un círculo vicioso (Unikel-Santocini et al., 2012).

Asimismo, existe evidencia que sugiere que las personas que tienen problemas en la forma de regular su alimentación se caracterizan por ser impulsivos y tener niveles más altos de ansiedad que la población sin sobrepeso u obesidad (Braet, Claus, Verbeke & Van Vlierberghe, 2007). Por lo tanto, es importante conocer el mecanismo de acción por el que la ansiedad y el autocontrol pueden impactar la calidad de vida de personas con sobrepeso u obesidad, pues esto puede estar agravando la situación de salud en estos pacientes.

De este modo, el propósito de este trabajo fue explorar la variación en la calidad de vida relacionada con la salud, en dos dominios: calidad de vida física y mental, a partir de las variables ansiedad y autocontrol en personas con sobrepeso u obesidad.

MÉTODO

Participantes

Participaron usuarios de un centro de primer nivel de atención a la salud de la Ciudad de México, elegidos por muestreo accidental. Se incluyó a personas en un rango de edad entre los 18 y 75 años, con un índice de masa corporal igual o mayor a 25 unidades. Se excluyó a personas analfabetas y mujeres embarazadas.

Variables e Instrumentos

Versión corta de la Encuesta de Salud (SF-12, por sus siglas en inglés) (Gandek et al., 1998). Se utilizó para medir la calidad de vida percibida por los participantes. Se empleó la versión de 12 reactivos, compuesta por ocho subescalas que se dividen en dos dimensiones para conformar una puntuación de calidad de vida mental (CVM) y una de calidad de vida física (CVF), con un rango de 0 a 100 puntos cada una. El componente físico se obtiene de cuatro subescalas, con el mismo rango de puntuación: funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal y salud general; y el componente mental se deriva de las subescalas: vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental (Ware, Kosinski & Keller, 1996). El SF-12v1 resultó tener buena consistencia interna en una muestra colombiana (0.82 para CVM y 0.80 para CVF) (Ramírez-Vélez, Agredo-Zuñiga y Jérez-Valderrama, 2010). En la validación para población española, explicó el 91% de la varianza de los componentes de la versión completa del cuestionario (el SF-36); y tuvo valores de consistencia interna próximos al .90 (Vilagut, José, Ferrer, Garin y López-García, 2008).

Escala de ansiedad y depresión hospitalarias (HADS, por sus siglas en inglés). (De la Cuevas, García-Estrada y González de Rivera, 1995). Consta de 14 reactivos, de los cuales 7 miden ansiedad y el resto depresión. La puntuación máxima para la escala de ansiedad es de 21 puntos. En México se ha empleado con sujetos farmacodependientes, ancianos, pacientes con insuficiencia renal crónica y mujeres con embarazo de alto riesgo. Además en este mismo país se realizó un estudio para determinar la reproducibilidad y exactitud de la traducción al castellano, y se concluyó que es altamente reproducible en sujetos con obesidad, ya que se obtuvieron coeficientes de consistencia interna adecuados (.89 para ansiedad y .73 para depresión) (López-Alvarenga et al., 2002). Para el presente estudio, solamente se empleó la subescala de ansiedad.

Escala breve de autocontrol de Tangney, Baumeister y Boone (Tangney et al., 2004). Consta de 13 reactivos y se utilizó para medir autocontrol general. La puntuación para este instrumento va de 13 a 65 (una mayor puntuación indica un mayor autocontrol). Su traducción al español fue realizada por un equipo de investigación para aplicarla en una muestra de jóvenes andaluces. (Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Sevilla., 2012). No hay datos publicados en cuanto a las propiedades psicométricas de la versión español. Sin embargo en su versión original presentó propiedades psicométricas adecuadas, con un coeficiente de consistencia interna de .83, y una confiabilidad de test-retest de .89. Además la puntuación se correlacionó con otras escalas de variables de personalidad relacionadas con el autocontrol como: ajuste (reportes de psicopatología), autoestima, conductas poco saludables como atracones y abuso de alcohol, relaciones y habilidades interpersonales, apego seguro y respuestas emocionales (Tangney et al., 2004).

Índice de masa corporal

Se calculó a partir de las medidas de peso y talla obtenidas para cada paciente con la fórmula establecida por la OMS (2012): $\frac{Kg}{m^2}$. Se

emplearon los criterios de la OMS (2012) para clasificar a los participantes, con sobrepeso con un IMC igual o mayor a 25 y con obesidad un IMC igual o mayor a 30.

Para las medidas de peso y talla se utilizaron: una báscula digital marca Tanita modelo UM-06 y un estadiómetro portátil marca Seca modelo 213.

Todas las mediciones fueron realizadas por personal capacitado y estandarizado en los distintos procedimientos de medición.

Procedimiento

Los participantes se reclutaron mediante un muestreo accidental en el escenario del estudio, y se les solicitó su participación voluntaria. En la mayoría de los casos (80 % aproximadamente), en esa misma sesión se realizó la aplicación de los instrumentos descritos, los cuales fueron contestados individualmente en la sala de espera del centro de salud, y se tomaron las medidas antropométricas (talla y peso).

Análisis de datos

Los datos se analizaron con el programa Stata v.12.1. Se determinó la consistencia interna de los instrumentos. Se utilizó estadística descriptiva para observar las características generales de la muestra. Con base en el tipo de distribución de los datos, se utilizaron métodos paramétricos o no paramétricos para realizar análisis bivariados; posteriormente se realizaron análisis de regresión lineal múltiple paso a paso (stepwise), con el fin de identificar la contribución específica de las variables independientes en la predicción de las variables dependientes; asimismo se realizó el diagnóstico de bondad de ajuste de los modelos. Dado que variables como el género, el índice de masa corporal y la edad pueden moderar la relación de las variables independientes con la calidad de vida percibida, los modelos multivariados se ajustaron por estas variables.

RESULTADOS

De un total de 304 participantes potenciales, se seleccionó al 88% que cumplió los criterios de inclusión y que contó con datos completos. Participaron un total de 270 usuarios: 233 mujeres y 37 hombres con un promedio de edad de 42 años ($d.t.=11.9$). El rango de edad fue de 18 a 73 años. El 37.9% tenía una escolaridad de preparatoria y 31.2% de secundaria. El 47.4% eran amas de casa y el 20% trabajadores manuales o por cuenta propia. El nivel socioeconómico (NSE) se midió con una escala subjetiva con rango de 0 a 10. La media de NSE para los participantes fue de 4.6 (rango medio), mientras que el 90% se identificó en el rango del 1 al 6.

La tabla 1 muestra los coeficientes de consistencia interna de los instrumentos psicológicos empleados. En general, se encontraron coeficientes adecuados. La subescala de calidad de vida física percibida fue la única con valores de consistencia interna por debajo de lo aceptado como mínimo deseable (.70).

Tabla 1. *Consistencia interna de los instrumentos utilizados.*

INSTRUMENTO	Alfa de Cronbach
SF-12	
Calidad de vida física percibida	.66
Calidad de vida mental percibida	.70
HADS	.81
Escala de autocontrol	.70

SF: Cuestionario de calidad de vida (por sus siglas en inglés); HADS: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (por sus siglas en inglés)

Análisis bivariado

Los resultados se presentan en la tabla 2. Se observaron relaciones negativas entre la ansiedad con ambas dimensiones de calidad de vida. Contrariamente éstas se relacionaron de forma positiva con el autocontrol. Mientras, el IMC se relacionó negativamente con la calidad de vida física, pero no con la dimensión mental. Asimismo, se encontró una relación positiva entre autocontrol con calidad de vida mental y física percibidas.

En cuanto a los factores psicosociales estudiados, mediante la prueba de Kruskal-Wallis se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en las dos dimensiones de calidad de vida y en ansiedad (tabla 3). En las dos dimensiones de CVRS, las mujeres tuvieron una puntuación menor, mientras que en la escala de ansiedad fue mayor. Igualmente, se encontró una diferencia significativa de acuerdo al nivel de escolaridad para la puntuación de calidad de vida física más no así para la mental (entre el grupo de quienes cursaron primaria contra el de quienes asistieron a la preparatoria o carrera técnica) ($\chi^2=12.1, g/3, p<.01$).

Análisis multivariado

En el análisis de regresión lineal multivariado (tabla 4) se observó que tanto la ansiedad ($\beta=-.57, p<.00$), como el autocontrol ($\beta=.18, p<.00$) se asociaron significativamente con CVM en las direcciones esperadas, ajustando por IMC, edad y género. Así, al observar los coe-

Tabla 2. *Correlaciones entre las variables evaluadas.*

	1	2	3	4	5	6
1. Calidad de vida mental	1.00					
2. Calidad de vida física	.52**	1.00				
3. Ansiedad	-.63**	-.41**	1.00			
4. Autocontrol	.33**	.30**	-.27**	1.00		
5. Edad	.01	-.12	-.06	.10	1.00	
6. IMC	-.02	-.18**	.01	.00	.10	1.00

** $p<.01$; IMC: Índice de masa corporal

Tabla 3. *Medias (Desviación típica) de calidad de vida y ansiedad por género.*

	Mujeres n= 233	Hombres n= 37	Total n= 270	χ^2
CVM	56.69 (24.3)	67.13 (18.9)	58.12 (23.8)	7.38**
CVF	56.90 (23.1)	66.89(21.8)	58.27(23.1)	6.09*
Ansiedad	8.68 (4.48)	7.29 (3.94)	8.43 (4.39)	4.86*

* $p < .05$; ** $p < .01$; CVM: Calidad de vida mental; CVF: Calidad de vida física

Tabla 4. *Análisis de regresión paso a paso para las variables que predicen calidad de vida relacionada con la salud.*

Variable	Calidad de vida relacionada con la salud mental						
	B	ET	IC95%		β	R ²	ΔR^2
Modelo 1							
Ansiedad	-3.38**	.26	-3.89	-2.87	-.62	.39	
Modelo 2							
Ansiedad	-3.13**	.27	-3.65	-2.61	-.58		
Autocontrol	.71**	.20	.33	1.11	.17	.42	.03
Modelo 3							
Ansiedad	-3.08**	.26	-3.60	-2.56	-.57		
Autocontrol	.74**	.20	.35	1.04	.18		
IMC	-.01	.18	-.41	.32	-.01		
Edad	-.11	.09	-.27	.10	-.04		
Mujeres	-5.15	3.23	-12.06	.78	-.08	.43	.01

$F(5, 264) = 39.25$, * $p < .01$

Variable	Calidad de vida relacionada con la salud Física						
	B	ET	IC 95%		β	R ²	ΔR^2
Modelo 1							
Ansiedad	-2.39**	.29	.295	-1.83	-.45	.21	
Modelo 2							
Ansiedad	-2.12**	.29	-2.70	-1.55	-.40		
Autocontrol	.77**	.22	.34	1.20	.19	.24	.03
Modelo 3							
Ansiedad	-2.03**	.28	-2.58	-1.47	-.38		
Autocontrol	.83**	.21	.41	1.25	.21		
IMC	-.52**	.20	-.91	-.13	-.14		
Edad	-.34**	.10	-.54	-.14	-.17		
Mujeres	-7.87*	3.49	-14.75	-.99	-.12	.30	.06

$F(5, 264) = 22.96$ * $p < .05$; ** $p < .01$

ET= error típico IC= Intervalo de confianza;

ficientes estandarizados, fue claro el rol preponderante de la ansiedad sobre esta dimensión de calidad de vida y en menor medida del autocontrol. Mientras que el posible rol moderador del resto de las covariables fue mínimo ($\Delta R^2=.01$). En el diagnóstico para este modelo se observó que no hay datos inverosímiles o atípicos. Tampoco se presentaron valores influyentes que modifiquen las relaciones entre las variables. En la tabla 5 se muestran los indicadores de la bondad de ajuste y aunque en el modelo los residuos (diferencias entre las puntuaciones observadas y los valores predichos por el modelo) no se distribuyeron de forma normal ($z=2.01$; $p=.02$), hay homoscedasticidad, es decir que la varianza de los errores es constante ($\chi^2=20.6$, $p>.05$), (i.e. poca de la variabilidad en la respuesta es explicada por factores no incluidos en el modelo de regresión). Se cumplió el criterio de ausencia de multicolinealidad, ya que en todas las variables el factor de inflación de varianza fue menor de 10 y también con el criterio de linealidad, ya que, todas las variables tienen una relación lineal con CVM. Asimismo la prueba de especificación del modelo mostró que no se excluyó ninguna variable significativa para construirlo.

Se observó algo parecido con el modelo para CVF. En éste se también se obtuvieron asociaciones significativas con la ansiedad ($\beta=-.38$, $p<.00$) y el autocontrol ($\beta=.21$, $p<.00$), pero en este caso las covariables también se relacionaron significativamente con la variable resultado: IMC ($\beta=-.14$, $p<.05$), edad ($\beta=-.17$, $p<.05$), y género ($\beta=-.12$, $p<.05$), aunque no alteraron sustancialmente la fuerza de la asociación de la ansiedad y el autocontrol con la variable dependiente. ($\Delta R^2=.06$). En el diagnóstico para este modelo se observó que no hay datos que sean inusuales ni influyentes. En la tabla 5 se muestran los indicadores del diagnóstico de bondad de ajuste del modelo de regresión. Los residuos se distribuyeron de forma normal ($z=1.44$; $p=.07$) y la varianza de los errores fue constante ($\chi^2=18.4$, $p=.49$) es decir, que cuenta con homoscedasticidad. No se observó multicolinealidad (todos los valores para VIF fueron menores a 10) y se cumplió con el criterio de linealidad. Finalmente, se hicieron pruebas para la especificación del modelo, y se concluyó que no se excluyó ninguna variable significativa.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue explorar la variación de la calidad de vida relacionada con la salud, a partir de las variables predictoras de ansiedad y autocontrol, tomando en cuenta también el índice de masa corporal, la edad y el género. En el análisis bivariado, la ansiedad se relacionó negativamente con las dos dimensiones de calidad de vida evaluadas, así como con el autocontrol; a su vez, el autocontrol se relacionó de manera positiva con la calidad de vida percibida. Esto es consistente con la literatura que ha sustentado la relación de ansiedad y autocontrol con la calidad de vida. Así, al igual que Strine, Chapman, Kobau, y Balluz (2005), se encontró que mayores puntuaciones de ansiedad se relacionaron con una peor calidad de vida percibida.

Se observa también que hay una diferencia significativa por género en las puntuaciones de las dos dimensiones de CVRS, siendo menor para las mujeres en ambos casos. Esta diferencia se ha encontrado también en otros estudios, y se ha hipotetizado que es ocasionada por la participación de diversos factores (Cherepanov et al., 2010). Por ejemplo: es mayor la proporción de mujeres que carecen de ingresos suficientes para invertir en su salud o bienestar; contar solo con el nivel de educación básico limita la posibilidad de tener información adecuada para llevar un estilo de vida más saludable; y, finalmente, un tercer factor es el tipo de morbilidad diferenciada por género, ya que, a pesar de que los hombres son más propensos a padecer enfermedades crónicas que ponen en riesgo su vida, las mujeres tienen más probabilidad de presentar desórdenes crónicos incapacitantes.

En el análisis multivariado, tanto la ansiedad como el autocontrol se asociaron significativamente con la CV percibida; sin embargo, fue claro que la variable que mostró la asociación más fuerte fue la ansiedad y en menor medida el autocontrol. Se puede hipotetizar así que altos niveles de ansiedad y bajos niveles de autocontrol afectan la salud por medio de los hábitos y las elecciones dentro de nuestro estilo de vida. La impulsividad o falta en las habilidades de autorregulación relacionadas con el autocontrol puede estar provocando condiciones adversas en la salud y en el bienestar físico y psicológico (Miller et al., 2011). Al igual, los altos niveles de ansiedad pueden estar generando

Tabla 5. Diagnóstico de los modelos de regresión para calidad de vida mental y física.

Supuestos de bondad de ajuste	Modelo de regresión CVM			Modelo de regresión CVF		
	Variable	VIF	Índice Condicional	VIF	Índice Condicional	
Normalidad de residuos	$z=2.01$		$p=.02$	$z=1.44$	$p=.07$	
Homoscedasticidad	$\chi^2=20.6$	$gl=19$	$p=.36$	$\chi^2=18.4$	$gl=19$ $p=.49$	
Especificación del modelo	$F(2,267)=100.70$ $p=.00$			$F(2,267)=60.61$ $p=.16$		
Colinealidad	Variable	VIF	Índice Condicional	VIF	Índice Condicional	
	Ansiedad	.66	4.60	1.31	4.88	
	Autocontrol	.14	7.12	1.15	7.10	
	IMC	.01	9.34	1.04	8.15	
	Sexo	.04	12.37	1.04	11.99	
	Edad	.02	27.22	1.06	13.17	

Nota. VIF: Factor de inflación de la varianza; CVM: Calidad de vida mental; CVF: Calidad de vida física

mayor impulsividad y a la par una menor calidad de vida (Jelalian, Sato y Hart, 2011).

Los resultados son consistentes con los obtenidos por Kelly, Bulik, y Mazzeo (2013) quienes observaron la participación conjunta de ambas variables y obtuvieron que en comparación con mujeres que no realizan atracones alimentarios, las que sí lo hacen tienen un menor autocontrol y actúan más impulsivamente, pero solo cuando están presentes razones emocionales que les generen estrés. Esto podría explicar el hecho de que el poder explicativo de la ansiedad para la CVM sea mejor que el que alcanza para explicar la varianza en CVF percibida, por la gran asociación que tiene ésta variable con constructos y estados psicológicos implicados en la calidad de salud mental.

Algo que también denota la importancia de los factores emocionales es la concordancia de los resultados con los obtenidos por Burçak, Özlem, Özer, Tatam y Erham (2012), quienes también encontraron, en un modelo multivariado, asociaciones más fuertes de la CVF y la CVM con la ansiedad que con el autocontrol.

Estos resultados reflejan cómo estos factores psicológicos, que pueden llevar a hábitos inadecuados como la adopción de una dieta poco balanceada y al sedentarismo, están ligados con la calidad de vida en personas que tienen sobrepeso u obesidad.

Entre las limitaciones del estudio se pueden mencionar, en primer lugar, la naturaleza transversal del mismo, que impide hacer consideraciones causales sobre las variables estudiadas. Si bien la literatura sobre el tema suele considerar a la CVRS como una variable dependiente, la asociación en el sentido inverso también es verosímil. Es decir, que un deterioro en la CVRS afecte la posibilidad de autocontrol e incremente los niveles de ansiedad de las personas.

Una segunda limitación se relaciona con las dificultades para extrapolar los datos más allá de usuarios de centros de salud. No obstante, el perfil sociodemográfico de los participantes coincide en general con el de los usuarios de los centros de salud del gobierno mexicano (INEGI, 2012; Ramírez-Sánchez, Nájera-Aguilar y Nijenda-López, 1998) esto porque en su mayoría fueron mujeres, de clase media y baja, amas de casa o trabajadores por cuenta propia y con un nivel educativo de alrededor de los 10 años.

A su vez el diagnóstico de los modelos de regresión utilizados abona a la validez interna del trabajo.

Considerando las limitaciones mencionadas, las sugerencias serían realizar estudios longitudinales con estas variables y considerar otros factores que pudieran mediar la variación en la calidad de vida entre ellas la descripción de las enfermedades presentes en la población evaluada, ya que esto podría incidir sobre la percepción de la calidad de vida.

En conclusión, los resultados de este estudio sugieren la necesidad de abordar en las intervenciones enfocadas a la adopción de una alimentación balanceada y de actividad física, el uso de estrategias que puedan conllevar a tener un mayor autocontrol y el empleo de habilidades y recursos que ayuden a tener un mejor afrontamiento para manejar niveles elevados de ansiedad.

REFERENCIAS

- Abrines, N., Barcons, N., Görzig, A., Marre, D., Brun, C. & Fumadó, V. (2012). A direct comparison of girls adopted from China and Eastern Europe: Anxiety, hyperactivity/impulsivity, inattention and defiant behaviours. *Clinica y Salud*, 23(3), 261–269. doi:10.5093/cl2012a17
- Braet, C., Claus, L., Verbeken, S. & Van Vlierberghe, L. (2007). Impulsivity in Overweight children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16(8), 473–483. doi:10.1007/s00787-007-0623-2
- Burçak, B., Özlem, F., Özer, A., Tatam, L. & Erham, C. (2012). Obezitede Dürtüsellik ve Emosyonel Faktörler: Bir Ön Çalışma. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 49(3), 14–19. doi:10.4274/npa.y5961 Resumen recuperado de <http://www.noropsikiyatriarsivi.com/tr/Anasayfa>
- Cherepanov, D., Palta, M., Fryback, D. G. & Robert, S. A. (2010). Gender differences in health-related quality-of-life are partly explained by sociodemographic and socioeconomic variation between adult men and women in the US: Evidence from four US nationally representative data sets. *Quality of Life Research*, 19(8), 1115–1124. doi:10.1007/s11136-010-9673-x
- Couto, E. R., Couto, E., Vian, B., Gregório, Z., Nomura, M. L., Zacaria, R. & Passini, R., Jr. (2009). Quality of life, depression and anxiety among pregnant women with previous adverse pregnancy outcomes. *São Paulo Medical Journal = Revista Paulista de Medicina*, 127(4), 185–189. Recuperado de <http://www.spmj.org.br/home.asp?lang=pt-br>
- De la Cuevas, C. C., García-Estrada, P. A. & González de Rivera, J. L. (1995). “Hospital Anxiety and Depression Scale” y Psicopatología Afectiva. *Anales de Psiquiatría*, 11(4), 126–130. Recuperado de <http://www.grupoaran.com/webN/Revistas.asp?S=1&IESP=16&>
- Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Sevilla. (2012). Informe sobre uso de nuevas tecnologías y riesgo de adicciones entre adolescentes y jóvenes andaluces. *Recuperado de la Dirección General para los Drogodependencias y adicciones de la Universidad de Sevilla* <http://umaante-lasdrogas.files.wordpress.com/2012/06/informe-nntt-y-adicciones-u-sevilla.pdf>
- Farmer, R. F. (1998). Depressive symptoms as a function of trait anxiety and impulsivity. *Journal of Clinical Psychology*, 54(2), 129–135. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/%28ISSN%291097-4679>
- Friedlander, S. L., Larkin, E. K., Rosen, C. L., Palermo, T. M. & Redline, S. (2003). Decreased quality of life associated with obesity in school-aged children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 157(12), 1206–1211. doi:10.1001/archpedi.157.12.1206
- Gandek, B., Ware, J. E., Aaronson, N. K., Apolone, G., Jakob B. Bjorner, Brazier, J. E. & Sullivan, M. (1998). Cross-Validation of Item Selection and Scoring for the SF-12 Health Survey in Nine Countries: Results from the IQOLA Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1171–1178.
- INEGI (2012). Mujeres y hombres en México 2011. *Recuperado del archivo del Instituto Nacional de Estadística y Geografía* <http://inegi.org.mx>
- Jelalian, E., Sato, A. y Hart, C. N. (2011). The effect of group-based weight-control intervention on adolescent psychosocial outcomes: Perceived peer rejection, social anxiety and self-concept. *Children's Health Care*, 40(3), 197–211. doi:10.1080/02739615.2011.590391
- Kelly, N. R., Bulik, C. M. & Mazzeo, S. E. (2013). Executive functioning and behavioral impulsivity of young women who binge eat. *International Journal of Eating Disorders*, 46(2), 127–139. doi:10.1002/eat.22096
- Korhonen, P. E., Seppälä, T., Järvenpää, S. & Kautiainen, H. (2013). Body mass index and health-related quality of life in apparently healthy individuals. *Quality of Life Research*, 22(4), 1–8. doi:10.1007/s11136-013-0433-6
- Miller, H. V., Barnes, J. C. & Beaver, K. M. (2011). Self-control and health outcomes in a nationally representative sample. *American Journal of Health Behavior*, 35(1), 15–27. doi:10.5993/AJHB.35.1.2

- OMS. (2012). Obesidad y sobrepeso. *Nota de prensa No. 311 del Centro de Prensa de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperada de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Ramírez-Sánchez, T. de J., Nájera-Aguilar, P. y Nijenda-López, G. (1998). Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México*, 40(1), 3–12. Recuperado de <http://bvs.insp.mx/rsp/inicio/>
- Ramírez-Vélez, R., Agredo-Zuñiga, R. A. y Jérez-Valderrama, A. M. (2010). Confiabilidad y valores normativos preeliminares del cuestionario de salud SF12 en adultos colombianos. *Revista de Salud Pública*, 12(5), 807–819. Recuperado de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica>
- Strine, T. W., Chapman, D. P., Kobau, R. & Balluz, L. (2005). Associations of self-reported anxiety symptoms with health-related quality of life and health behaviors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(6), 432–438. doi:10.1007/s00127-005-0914-1
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F. & Boone, A. L. (2004). High Self-Control Predicts Good Adjustment, Less Pathology, Better Grades, and Interpersonal Success. *Journal of Personality*, 72(2), 271–324. doi:10.1111/j.0022-3506.2004.00263.x
- Ugurlu, N., Bastug, D., Cevirme, A. & Uysal, D. D. (2012). Determining quality of life, depression and anxiety levels of hemodialysis patients. *Health Medical Journal*, 6(8), 2860–2869. Recuperado de <http://www.healthmed.ba/index.htm>
- Unikel-Santocini, C., Vásquez-Velázquez, V. y Kaufer-Horwitz, H. (2012). Determinantes psicosociales de la Obesidad. En J.A. Rivera-Dommarco, M. Hernández-Ávila, C.A. Aguilar-Salinas, F. Vadillo-Ortega y C. Murayama-Rendón (Eds) *Obesidad en México: Recomendaciones para una política de Estado*. (1° ed.). Distrito Federal: UNAM Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial.
- Velarde-Jurado, E. y Ávila-Figueroa, C. (2002). Evaluación de calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44(4), 349–361. Recuperado de <http://bvs.insp.mx/rsp/inicio/>
- Vilagut, G., José, M. V., Ferrer, M., Garin, O. y López-García, E. (2008). Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Medicina Clínica*, 130(19), 726–735. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-clinica-2>
- Ware, J. E., Kosinski, M. & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of Scales and Preliminary Tests of Realibility and Validity. *Medical Care*, 34(3), 220–233. Recuperado de <http://journals.lww.com/lww-medicalcare/pages/default.aspx>