

UNIVERSIDAD DE MANIZALES
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Programa de Psicología

ENSAYO DE GRADO

“Calidad de Vida en Estudiantes Universitarios con Sobrepeso y Obesidad”

Laura Victoria Flórez Aristizábal 30201118877

ASESORA

Clara Helena González-Correa
Ciencias Básicas-Universidad de Caldas

Manizales, Abril de 2015

Calidad de Vida en Estudiantes Universitarios con Sobrepeso y Obesidad

Resumen

Las condiciones de sobrepeso y obesidad se relacionan con comorbilidades en el aspecto biopsicosocial que afectan la calidad de vida. El presente estudio tuvo como objetivo evaluar el impacto de un programa de acondicionamiento físico moderado en la calidad de vida de jóvenes universitarios con sobrepeso y obesidad; utilizando el cuestionario de salud SF-36. Los resultados fueron evaluados con el software SPSS 15 y la prueba estadística de Wilcoxon; la significancia de las diferencias se estableció con un p value < 0.05 , el cual arrojó diferencias a favor del acondicionamiento físico en los siguientes aspectos: Esfuerzos intensos ($P=0,034$), Esfuerzos moderados ($P=0,034$), Autopercepción de salud ($P=0,003$), Autopercepción de enfermedad ($P=0,049$), Vitalidad ($P=0,012$), Salud mental ($P= 0,09$), Ítem transición de salud ($P= 0,006$). Las conclusiones fueron que en los aspectos que no hubo diferencias se encontró que desde el inicio del programa los participantes no percibían limitación y que aunque hubo diferencias en otras áreas no fueron lo suficientemente significativas para ser extrapolables.

Palabras clave: Calidad de vida, Obesidad, Salud mental

Introducción

El ensayo surge de la necesidad primordial de querer dar respuesta a las inquietudes que se presentan en el contacto diario con la ciencia y en sus avances a través del tiempo. La investigación más que una necesidad plantea un reto constante de enriquecimiento intelectual y es la principal herramienta para no dejar desvanecer la curiosidad innata que se pierde cuando se piensa que se ha dado respuesta a todas las preguntas. Es así que en el estudio y la lectura constante surge la motivación de entender aquellas realidades que aquejan a muchos pacientes no sólo desde un enfoque unidimensional sino también desde una perspectiva que lo ubique como ser dinámico en el que confluyen una serie de interrelaciones como son la biológica, psicológica y social enmarcadas todas ellas en lo que se ha denominado Enfoque Biopsicosocial (Engel, 1979). Desde este modelo es posible tomar en consideración la percepción del paciente sobre sí mismo, las creencias asociadas con su salud y enfermedad, por lo que es posible evaluar de una manera integral como interfieren cada uno de los aspectos en su calidad de vida, que para este estudio se analiza vinculada concretamente con la salud, concepto este complejo en su definición pero no por ello inabarcable.

Dentro de esta realidad por tanto la psicología como ciencia puede establecer no sólo los parámetros de diagnóstico sino también de tratamiento para muchas condiciones humanas, para este caso el sobrepeso y la obesidad, que lejos de ser algo meramente orgánico es sabido que se relaciona con muchos elementos de índole mental, al tener en cuenta los aspectos de motivación, sentido y proyecto de vida y creencias relacionadas con la salud y enfermedad propias. Las creencias juegan un importante papel en la dimensión humana puesto que configuran la percepción y la manera de aprehender el mundo. La creencia determina la existencia humana en la medida que el ser humano en una de sus muchas definiciones es lo que cree, o responde a lo que cree, o puede ser conocido a partir de lo que cree. Y son ellas precisamente las que son objeto de intervención o tratamiento cuando llevan a comportamientos o cuando se traducen en acciones perjudiciales para el individuo y la sociedad (Becker, Rosenstock, 1974). Este trabajo no busca analizar las creencias y su impacto a nivel social sino personal por las implicaciones que ellas tienen en el manejo de la obesidad y en la percepción de salud que afecta y configura la adherencia y la respuesta de los individuos al tratamiento.

El semillero de investigación en bioimpedancia eléctrica busca un acercamiento al saber a través de la indagación por condiciones patológicas crónicas como el estado de nutrición ya sea por defecto o por exceso. La obesidad se considera una malnutrición por exceso y es todo un reto de investigación puesto que muchos de sus mecanismos fisiopatológicos permanecen inexplorados o siguen siendo objeto de estudio. En este sentido y dada la interdependencia de las diversas ciencias la obesidad no sólo compete al plano de la medicina sino también a ciencias como la psicología que puede contribuir a ahondar más ampliamente en su investigación y en la explicación de los fenómenos que la acompañan.

Marco teórico

La obesidad y el sobrepeso se definen comúnmente como el exceso de grasa corporal. En la práctica clínica se utiliza usualmente como referencia el índice de masa corporal (IMC) calculado como el peso en kilogramos dividido por la estatura en metros al cuadrado. Se define el sobrepeso con un IMC mayor o igual a 25 y obesidad con un IMC mayor o igual a 30 (Keys, Fidanza, Karvonen, Kimura, & Taylor, 1972). El IMC es un predictor indirecto de la grasa corporal que aún es usado en la práctica clínica por su rapidez y sencillez para la realización.

Estas condiciones se consideran una pandemia mundial, están relacionadas con diversas co-morbilidades médicas como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares (Romain et al., 2012); y psicológicas como la ansiedad y la

depresión, lo cual conlleva a un deterioro rápido de la calidad de vida relacionada con la salud.

De otra parte, casi un tercio de la población mundial no cumple con el nivel mínimo de actividad física necesaria para lograr beneficios en la salud. En el año 2009, la inactividad física fue identificada como el cuarto factor de riesgo de enfermedades no transmisibles y representó más de 3 millones de muertes evitables. 31,1% de los adultos en el mundo son físicamente inactivos, con proporciones que van del 17% en el Sudeste Asiático y alrededor del 43% en América y en el Mediterráneo Oriental” (Hallal et al., 2012). Esta situación contribuye al sobrepeso y obesidad de la población y se convierte en una preocupación de los profesionales de la salud física y mental, ya que produce bajo rendimiento en la vida sexual, la autoestima y el estado de ánimo. Adicionalmente, la ansiedad y la depresión, propias de una calidad de vida insatisfactoria, son percibidas por los sujetos con sobrepeso y obesidad como principales factores deteriorados de su salud mental (Callegari, Michelini, Sguazzin, Catona, & Klersy, 2005).

Un gran factor influyente en el incremento de sobrepeso y obesidad en el mundo, es el sedentarismo, debido al tipo de actividades laborales o por llevar un estilo de vida carente de actividad física regular (Matusitz & McCormick, 2012). Debido a esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS), propone tres criterios para prevenirlo: cumplir con 30 minutos de actividad física de intensidad moderada por lo menos durante 5 días a la semana, o 20 minutos de actividad física de intensidad vigorosa durante al menos 3 días a la semana, o una combinación equivalente a lograr 600 equivalentes metabólicos (MET) por semana (Hallal, et al., 2012). El cumplir con un programa de ejercicio como estos, tiene resultados positivos y previene enfermedades crónicas y enfermedades metabólicas, además de los efectos benéficos sobre la función cognitiva y sobre la calidad de vida, (Romain et al., 2012) la cual es el objeto de interés en el presente estudio.

Es importante comprender, cómo los factores mencionados anteriormente influyen directamente en la calidad de vida. Casas, (1996) define la calidad de vida como las percepciones, aspiraciones, necesidades, satisfacciones y representaciones sociales que los miembros de un conjunto social experimentan frente al entorno y su dinámica coexistente. Es así como la calidad de vida relacionada con la salud tiene que ver con la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual, que depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal (Schwartzmann, 2003).

Si bien es cierto que ni la obesidad ni el sobrepeso se consideran trastornos mentales, existen estudios que respaldan como se mencionó al inicio, la relación entre el sobrepeso y la obesidad, y posibles alteraciones psicológicas concomitantes. Sin embargo, aún hace falta esclarecer si éstas son causa o

consecuencia de alguna de las dos condiciones. También se requiere establecer un perfil psicológico específico en quienes las presentan y un posible poder patógeno de la psicopatología en la obesidad o el sobrepeso (Baile & González, 2011). Es así como la calidad de vida relacionada con la salud en el marco de las condiciones de sobrepeso y obesidad, va mucho más allá de una relación directa entre las mismas y las alteraciones psicológicas, pues debe tenerse en cuenta el contexto, la autopercepción y las creencias a cerca del propio estado de salud físico y mental y las necesidades de la persona que sufre sobrepeso u obesidad.

El ser un humano es un ente dinámico, dentro del cual confluyen elementos que transforman y moldean su realidad. Aspectos como la cultura, la sociedad, la familia, la biología, influyen de una manera importante en el comportamiento y la cosmovisión del hombre. Por tanto, tratar de comprender al ser humano en su aspecto biológico, psicológico, social de una manera aislada sería reducirlo a componentes que funcionan por separado y sobre los cuales no se obtendría una visión holística, por lo cual el abordaje no sería integral. Sólo hasta hace pocos años la ciencia comprendió esta realidad y trató de integrarla al tratamiento médico y psicológico.

En este sentido, las creencias entran a ser un factor esencial, pues cuando el individuo cree que no tiene una patología o cree que el tratamiento no le es adecuado para la misma, es poco probable que la adherencia y la autopercepción de salud sean consecuentes con el esquema terapéutico propuesto. A pesar del interés creciente en el tratamiento y la prevención del sobrepeso y la obesidad en el mundo no se ha logrado disminuir o detener su incremento (Ocampo-Barrio & Pérez-Mejía, 2010). Esto ha llevado a considerar la percepción de salud de los individuos, la cual se basa en muchos casos en representaciones sociales, las cuales facilitan la respuesta positiva o negativa ante ciertas situaciones, las representaciones sociales se traducen en el plano personal como creencias (Garza & Rueda, 2013). La importancia de identificar y estimar las creencias de las personas con sobrepeso y obesidad radica en los factores emocionales y sociales que acompañan esta patología. Las creencias se fundamentan a partir de un acto personal, en el que existe una comunicación intrapersonal y esta comunicación trasciende lo personal, se comunica al otro a partir de una construcción dada en el encuentro con el otro en la sociedad es un acto social y comunicación interpersonal (Silvestri & Staville, 2005). El papel de las creencias resulta no solo indispensable entenderlo sino también determinante en el abordaje terapéutico, hay diversas investigaciones que muestran que las personas obesas no se encuentran satisfechas con su apariencia física lo que las lleva a subestimarse considerando su cuerpo como algo inferior a otras personas afectando su calidad

de vida en el plano físico y emocional (Rovira, 2006). La falta de identificación de las emociones por parte de algunos obesos los lleva a la ingesta copiosa de comida y a un círculo vicioso difícil de terminar (Bruch, 1961). La persona con obesidad y sobrepeso puede aparentar ser feliz y sin problemas pero experimentar un fuerte sentimiento de inferioridad, ser pasivo, con dependencia y con una profunda necesidad de ser amado, no obstante muchas personas pueden mostrar estas características sin padecer necesariamente de obesidad (Cañamares & Medrano, 2002). Si bien no se ha logrado determinar características psicopatológicas propias del obeso, se ha estudiado como muchos de ellos padecen diversos trastornos psicológicos los cuales pueden ser precipitados por la obesidad y por factores sociales relacionados con ella que interfieren en la creencia y en una autopercepción adecuada, que lleva a baja autoestima, depresión, ansiedad que pueden precipitar un trastorno de la conducta alimentaria. Se estima que esta visión social sobre la obesidad hace que el obeso tenga menos posibilidades de acceso a mejores trabajos y relaciones de pareja estables y duraderas (Silvestri & Staville, 2005). Aunque todos los obesos y personas con sobrepeso se pueden ver enfrentadas diariamente a sentimientos de desvalorización social, no significa por ello que todos la elaboren de la misma manera, por tanto no en todos es posible que se desarrollen psicopatías (Moral de la Rubia, 2002).

Una alteración psicológica que se presenta en las personas con obesidad y sobrepeso es la alteración de la imagen corporal, la cual es entendida como una representación psicológica subjetiva que puede llegar a ser muy diferente de la apariencia real (Cash, 2004). La imagen corporal por tanto está muy ligada al sentimiento de sí, a la identidad, a la autoestima, a la capacidad de autopercepción corporal. La imagen corporal para Zukerfeld se realiza a través de la forma, el contenido y el significado. En cuanto a la forma se hace referencia a las proporciones físicas, a la dimensión estructural del cuerpo a nivel físico y su ubicación en el espacio, en este aspecto las personas obesas suelen estar insatisfechas y preocupadas con su apariencia físicas, en este aspecto la subestimación ocupa un lugar importante puesto que el obeso percibe su cuerpo de una manera inferior a la real. El contenido se refiere las diversas percepciones propioceptivas o interoceptivas, alteraciones en este aspecto implican para percibir y discriminar los afectos particularmente en lo que se refiere a la percepción de hambre y saciedad puesto que el alimento puede adquirir un valor de desahogo de las emociones al no poder ser interpretadas y orientadas de manera correcta, el alimento se vuelve en el escape, en la manifestación de liberación de quien no es capaz de expresar lo que siente convirtiéndose el alimento en un evacuador de tensiones psicobiológicas. El significado es referido como las representaciones inconscientes del deseo, la capacidad de comunicar y el sentido que se le da a la

comunicación que se traduce en relaciones sociales, este aspecto se ve afectado en una sociedad en la que existe una sobre estima de la apariencia física, la persona con obesidad en este contexto es juzgada como menos atractiva y menos saludable (Zukerfeld, 2002). Lo anterior lleva a que muchas personas desarrollen una imagen corporal negativa que se caracteriza por una preocupación excesiva de la imagen corporal, timidez y vergüenza frente a diversas situaciones sociales, excesiva importancia a la apariencia física y una autovaloración negativa que lleva a detrimento considerable de la autoestima.

Las manifestaciones depresivas se convierten en otro trastorno a considerar y están relacionadas con la obesidad, puesto que el comer en exceso puede parar o interrumpir en algunas personas la sensación de depresión, la cual es manifestada desde muy diversas maneras muchas de ellas imperceptibles por quien la padece como por ejemplo sensación de debilidad constante, insomnio, despreocupación por las actividades cotidianas, sentimientos de culpa, inutilidad, ideas negativas, de suicidio y muchas otras características que no valoradas y tratadas a tiempo pueden empeorar el cuadro y precipitar al suicidio. Considerando que las personas obesas suelen estar insatisfechas con su imagen corporal y se pueden aislar del contacto social esto lleva a no establecer un contacto erótico por temor al rechazo, convirtiéndose el alimento en una alternativa de liberación usándolo como una herramienta para reducir la insatisfacción y la amenaza de un episodio depresivo. Es importante considerar que estas psicopatías no son patognomónicas de la obesidad, cada individuo asume y responde ante las diversas situaciones humanas, físicas y sociales de una manera distinta, lo que configura y hace difícil establecer una psicopatía específica de la obesidad. La obesidad en sí misma no se considera un trastorno psicológico sin embargo es importante considerar que el padecer esta patología si predispone a diversas comorbilidades tanto físicas como mentales como se ha señalado. La importancia que tiene la psicología es contribuir no sólo a la discusión y al desarrollo de investigaciones relacionadas con este tema sino también intervenir desde la parte terapéutica aunándose a los tratamientos médicos, puesto que como se ha visto la obesidad interfiere en la calidad de vida con impacto en el aspecto físico y emocional.

La psicología como ciencia humana no es ajena entonces a esta concepción holística del ser humano, es por ello que para su abordaje evalúa al hombre desde diversas perspectivas. Es también la ciencia que humaniza y trata de rescatar las bases sobre las que se construye el hombre y puede evaluarlo y analizarlo en un contexto específico con una realidad subyacente sobre la cual todos estamos insertos. La realidad es que somos seres tanto biológicos, como sociales y sobre estos aspectos existe una manifestación más definitiva, la psicológica.

En 1977 Engel publicó lo que sería el comienzo del abordaje biopsicosocial para la comprensión y tratamiento del ser humano en la práctica clínica, subrayando las limitaciones que implica una concepción meramente biológica (Engel, 1977). El autor plantea que tanto el nivel biológico como psicológico y los procesos sociales deben ser tenidos en cuenta en cada asistencia de salud (Engel, 1979). Esto implica un abordaje del paciente no sólo como un sujeto que padece una enfermedad física, sino que lo ubica en un contexto determinado en el que actúan los niveles social y psicológico. Esta concepción se aleja de una mirada mecanicista del ser humano, para valorarlo como un ser dinámico sobre el que interfieren muchos elementos que pueden en un momento dado, explicar la enfermedad y orientar el abordaje terapéutico.

Es así como en los últimos años el modelo biopsicosocial ha tenido amplia aceptación en ámbitos académicos e institucionales, y esto ha permeado la educación en salud, en la psicología, en salud pública y medicina preventiva así como en la opinión pública en general. Se acepta entonces hoy en día, que la enfermedad y la salud son el resultado de una interacción de factores sociales, biológicos y psicológicos (Alonso, 2004). El modelo biopsicosocial por tanto, ha logrado mayor aceptación porque los pacientes no encuentran soluciones satisfactorias en la atención médica (McManus, 2005). Las soluciones van más allá de una receta o fórmula médica, y requiere de una buena relación profesional-paciente, que influye de una manera importante en el curso de la evaluación y del tratamiento. Sin embargo, aunque el modelo biopsicosocial ha sido acogido en el ámbito académico, no se ha observado un cambio paralelo en la práctica clínica como lo muestra un estudio que valora su evolución y aplicabilidad (Alonso, 2004).

Partiendo de este modelo es posible entender cómo muchas de las intervenciones enfocadas al manejo y tratamiento integral del paciente necesitan valorar su aspecto social y biológico incluyendo el soporte familiar, valorando la dimensión psicológica que son determinantes para comprender la enfermedad y realizar un buen tratamiento. Es así que en esta visión holística del ser humano es posible entender por qué la actividad física regular tiene beneficios a nivel biológico, social y psicológico puesto que cada uno de estos aspectos es interdependiente y como ya se ha comentado, no debe evaluarse aisladamente.

Profundizando un poco más acerca de la calidad de vida, se debe recordar que es un concepto amplio y multidimensional que incluye una evaluación subjetiva tanto de las situaciones positivas como negativas de la vida (Group, 1998). La salud física aunque es un referente importante de la calidad de vida, no es el único ya que también entran en juego otros como el empleo, la vivienda, la familia, y en general el ambiente. La salud psicológica es también un componente importante

de la calidad de vida y se tiene el concepto de que hay una compleja interacción de factores que van más allá del plano médico. Tonón, (2006) refiriéndose a la calidad de vida, incluye la participación de las personas en la evaluación de aquello que las afecta. De esta forma se incluyen elementos adicionales como el concepto de bienestar físico y psicológico, relacionados con las necesidades materiales y socio afectivas de los individuos y que no se pueden desligar de una visión integral (Tonón, 2006).

El nivel de satisfacción material y físico debe verse de una manera completa puesto que puede llevar a una marcada limitación social con disminución de las oportunidades para lograr un desempeño en la sociedad. Las situaciones incluso políticas pueden interferir con la realización completa de los individuos en planos como el profesional. Esta disminución de oportunidades en lo social repercute en el nivel de vida de las personas y de la sociedad, con atraso en educación, aumento en el porcentaje de pobreza de los países, menor adquisición de tecnología, vivienda, condiciones dignas de trabajo y menos oportunidades de acceso a la salud. Todo ello resulta en una limitada salud integral y realización como personas en diversos campos. Esta visión plantea la calidad de vida desde dos aspectos: uno subjetivo por el cual el hombre puede percibir su calidad de vida partiendo de su realidad personal y su autopercepción así y desde un visión objetiva sobre el que un agente externo evalúa las condiciones y características físicas, sociales y biológicas de una determinada persona que engloban factores influyentes en la calidad de vida.

Según Calderón & Jorge (Calderón & Jorge, 2001), en la calidad de vida existen unos principios universales relacionados con la salud mental: a. principio de realidad, en el que el sujeto tiene una conciencia de sí mismo y lo que lo rodea, b. principio de colectividad el cual le permite interactuar, comunicarse y c. principio de transformación donde se encuentra el sentido de vida de la persona.

La calidad de vida relacionada con la salud, el objetivo del presente estudio, se puede definir como el resultado de la valoración que realiza una persona con base en criterios y perspectivas definidas del estado físico, emocional y social en el que se encuentra una persona en un momento determinado (ROJAS et al.).

En Colombia hay estudios que ya han relacionado la calidad de vida con patologías como el VIH (Caraveo, 2004), síndrome de colon irritable (Vinaccia et al., 2005), dispepsia no ulcerosa (Cano et al., 2006), enfermedad crónica (Vinaccia & Quiceno, 2012), dolor en pacientes hospitalizados (Rico, 2013), y con factores psicológicos asociados (ROJAS, et al.). Estos estudios y muchos otros que se realizan en el mundo sobre la importancia de la calidad de vida en el paciente que padece diversas afecciones físicas o mentales, muestra el creciente interés que ha tenido este aspecto en los últimos años cuando se implementa el modelo

biopsicosocial, mostrando la importancia esencial que tiene la percepción del paciente. A partir de esto se desarrollan instrumentos de medición que evalúan esta percepción subjetiva del sujeto como actor también de su enfermedad y no sólo como objeto de estudio pasivo.

El modelo biomédico, planteado por Schwartzmann (2003) no incluye el hecho de que en la mayoría de las enfermedades (y la obesidad no es la excepción como se analizará posteriormente) el estado de salud se encuentra profundamente influenciado por el estado de ánimo del individuo, los mecanismos que encuentra para afrontar las diversas situaciones, y el soporte social del paciente. Así, los conceptos de calidad de vida y de salud son integrales. La confusión entre salud y calidad de vida ha llevado a la medicalización de la vida cotidiana. Esto plantea la necesidad de que la medicina optimice las condiciones en las que se debe desarrollar la calidad de vida dentro de límites razonables, apelando incluso a intervenciones psicosociales cuando el paciente lo requiera para el tratamiento de su condición. Otra estrategia que se considera importante es, no solo la intervención asistencialista con la que se tratan los problemas presentes, sino la necesidad de apuntar a estrategias de prevención que impacten la morbilidad. La actividad física regular es una de las principales estrategias de prevención, que se pueden usar con beneficios para la salud en general.

Hay amplio soporte en la literatura que examina los beneficios que trae a la salud mental la actividad física (Coombes, Law, Lancashire, & Fassett, 2013). Actualmente la OMS recomienda 150 minutos a la semana de ejercicio físico aeróbico moderado (Organization, 2010). Sin embargo, cerca de una tercera parte de la población mundial no cumple con los mínimos niveles de ejercicio recomendados a la semana, lo que resulta alarmante dado el alto porcentaje de personas con sobrepeso y obesidad, y con estilos de vida sedentarios y los riesgos asociados (Hallal, et al., 2012), que impactan la calidad de vida. La actividad física a menudo es recomendada en enfermedades índole físico y mental puesto que los estudios han mostrado su fuerte asociación con beneficios en la conservación y el desarrollo de una mente sana y con mejoría en la calidad de vida, de tal manera que este aspecto no es ajeno al plano de la psicología (Galper, Trivedi, Barlow, Dunn, & Kampert, 2006) (Harvey, Hotopf, Øverland, & Mykletun, 2010) (Smith, Potter, McLaren, & Blumenthal, 2013).

Partiendo entonces de esta visión, se hace necesario una educación continua acerca de las ventajas físicas y mentales del ejercicio físico regular, ya que contribuyen al aumento de los niveles de obesidad en el mundo, llegando a ser considerada una epidemia global y un problema de salud pública, sobre todo en países con economías emergentes como sucede en Asia, sudeste de Asia y Latinoamérica (Tchernof & Després, 2013) (Stevens et al., 2012). El incremento de

la obesidad en niños, adolescentes y adultos, plantea la necesidad de estrategias de prevención y abordaje multidisciplinario con un enfoque biopsicosocial en el que interfieran diversas disciplinas relacionadas con la salud física y mental (Talen & Mann, 2009).

Otras investigaciones han mostrado una relación directa entre el aumento del IMC y diversas co-morbilidades como diabetes tipo 2, hipertensión arterial, falla cardiaca, ataque cerebrovascular y algunos tipos de cáncer (Cash, Duncan, Beresford, McTiernan, & Patrick, 2013) condiciones que llevan a una disminución en la calidad de vida y predisponen a algunos pacientes a síntomas depresivos (Wannamethee, Shaper, Walker, & Ebrahim, 1998) (Talen & Mann, 2009). Estudios recientes también muestran una asociación del incremento de muertes relacionadas con la inactividad física en aproximadamente 3,2 millones por año, convirtiéndola en la cuarta causa de mortalidad en el mundo (Joseph, Royse, Benitez, & Pekmezi, 2014).

(Markowitz, Friedman, & Arent, 2008) Muestra también una asociación entre la obesidad y la depresión. Los autores proponen mecanismos como la limitación funcional de leve a moderada que presenta una persona con sobrepeso y obesidad, insatisfacción corporal y mala percepción de la salud, así como el estigma social que conlleva la obesidad y el sobrepeso en nuestro tiempo. La experiencia subjetiva de ser obeso y el impacto psicológico que ella conlleva relacionado con la imagen corporal en un mundo que pareciera construido para las personas delgadas, debe ocupar un lugar como objeto de estudio de la psicología y como objeto de tratamiento (Myers & Rosen, 1999). Por lo cual, factores tanto físicos como psicológicos influyen en la percepción de una persona y en la satisfacción general que tiene con su vida (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999).

La disminución en la calidad de vida relacionada con el sobrepeso y la obesidad se demostrado en diversas investigaciones en las cuales se ha encontrado un decremento significativo en la vida social, física y emocional de las personas (Fontaine & Barofsky, 2001) (Sach et al., 2007) (Kolotkin, Crosby, & Williams, 2002) (Jones & Sutton, 2008) (Cameron et al., 2012). Existe una relación inversamente proporcional entre el IMC y la calidad de vida (Karlsson, Taft, Rydén, Sjöström, & Sullivan, 2007). Por su parte, la pérdida de peso y la actividad física también han estado estrechamente relacionadas con una mejoría en los test que miden la calidad de vida (Kolotkin, Crosby, Williams, Hartley, & Nicol, 2001).

El sedentarismo induce una disminución del gasto de energía que no favorece el estado psicológico de las personas. Se ha estudiado cómo, dentro de los factores modificables que pueden mejorar la calidad de vida como la dieta, el estudio, y un buen entorno social y familiar, entre otros, el ejercicio físico es uno de los más importantes ya que tiene beneficios para los tres aspectos del modelo

biopsicosocial (Plaisted, Lin, D ARD, McCLURE, & Svetkey, 1999) (Brown et al., 2003). Sin embargo, algunos investigadores no han encontrado una relación significativa entre el peso y la calidad de vida (Janicke et al., 2007). Adicionalmente, se han encontrado diferencias significativas en cuanto al género, mostrando que las adolescentes con sobrepeso y obesidad tienen un menor desempeño en cuanto a su rol social, mientras los adolescentes reportan mayor funcionalidad a nivel físico (Zeller, Roehrig, Modi, Daniels, & Inge, 2006) (Pinhas-Hamiel et al., 2006).

Al parecer, la relación peso y enfermedad mental es dosis dependiente (Simon et al., 2006). La salud mental puede impactar el consumo de energía ya que puede afectar la ingesta de alimentos y el estado emocional, la insatisfacción a nivel corporal y la autoestima (Allison & Heshka, 1993) (Atlantis & Ball, 2008). El aumento de estilos de vida sedentarios con la prisa que caracteriza la sociedad contemporánea y el escaso tiempo destinado a la actividad física, contribuyen a empeorar el panorama, aumentando las enfermedades relacionadas con la obesidad y la inactividad física.

La prioridad del estudiante de psicología y del profesional como tal no debe desligarse de la evidencia científica y de las tendencias que se reportan en el mundo en el aumento del porcentaje de obesidad, sobrepeso, y disminución en la calidad de vida. Es por esto que la ciencia no sólo debe mirar pasmadamente, sino tomar decisiones que contribuyan a la solución de estos problemas.

Un acercamiento adecuado requiere establecer las causas de la falta de motivación para la actividad física, la cual, más allá de un problema de estética se relaciona con la salud emocional y el bienestar físico, dos elementos cruciales que marcan de una manera importante la calidad de vida de las personas. Por tanto, la importancia que la ganancia de peso tiene en la calidad de vida no debe ser ajeno al profesional de psicología (Cameron, et al., 2012).

Tradicionalmente se tomaban en cuenta únicamente los datos que el profesional de la salud daba, sin detenerse en la percepción del paciente, pero con el avance de la investigación, se empieza a dar importancia a los datos proporcionados por el paciente acerca de su padecimiento y no sólo eso, sino la percepción familiar sobre el estado de salud.

La toma de conciencia de la importancia de la calidad de vida y su evaluación en las personas han dado como resultado la determinación de pruebas específicas para su medición. Sin embargo, hay que reconocer la dificultad de medir un fenómeno que tiene tantas variantes y enfoques y que parte de la percepción del paciente. Aún así, tomar en cuenta la evaluación de la calidad de vida realizada por el paciente hace que éste sea un actor de su propia enfermedad puesto que

es tomada en cuenta su percepción respecto a la misma y la forma como va a responder a ella. De otro lado, se hace más difícil, medir adecuadamente y de una manera objetiva la visión del paciente sobre su calidad de vida en un momento determinado debido a la misma subjetividad. No obstante su percepción resulta crucial para definir el grado de satisfacción o insatisfacción que el paciente manifiesta.

También hay que considerar que cada persona es distinta y que algunos pueden tener una autopercepción satisfactoria acerca de su calidad de vida a pesar de estar limitados físicamente (Lepège & Hunt, 1998). Se muestra así que, evaluar la calidad de vida es una tarea compleja, a pesar de lo cual, se pueden establecer acercamientos.

Para el propósito del presente estudio se usó el cuestionario de salud SF-36 usado en muchas otras investigaciones para medir la calidad de vida en hombres y mujeres (Lean, Han, & Seidell, 1998). El SF-36 es un instrumento de medición genérico desarrollado en Estados Unidos y liberado para uso general en la década de 1980 (Ware Jr & Sherbourne, 1992). Se ha usado para medir la calidad de vida en más de mil estudios en los últimos veinte años (Ware Jr, 2000) y está incluido también en investigaciones relacionadas con el sobrepeso y la obesidad (Huang, Hu, Fan, Liao, & Tsai, 2010) (Wee, Wu, Thumboo, Lee, & Tai, 2010). El cuestionario de calidad de vida relacionado con la salud, consta de dos áreas generales: Componente Físico y Componente Mental, dentro de las que se evalúan 8 aspectos: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general en el Componente físico y Salud mental, Rol emocional, Función social, Vitalidad en el Componente mental. Debe tenerse en cuenta, al interpretar los resultados, que las escalas de vitalidad y salud general tienen validez sustancial o moderada para ambos componentes del estado de salud (Ware Jr, 2000).

La literatura muestra que muchos de los estudios que relacionan la calidad de vida con la actividad física han sido realizados en adultos mayores (Elavsky et al., 2005) o en personas que padecen enfermedades crónicas dentro de las cuales no está incluida la obesidad (Motl, McAuley, Snook, & Gliottoni, 2009). Pocos estudios han investigado la relación entre actividad física y calidad de vida en estudiantes y jóvenes adultos sanos (Joseph, et al., 2014) y de los pocos estudios que se han hecho con esta población, muchos han evaluado la calidad de vida relacionada con la actividad física inmediatamente después de realizar una sola sesión de ejercicio (Miller, Bartholomew, & Springer, 2005; Raedeke, 2007).

Aunque un programa de ejercicio no necesariamente da como resultado la pérdida de peso, se sabe que la actividad física moderada confiere varios beneficios para la salud a individuos con sobrepeso y obesidad. La actividad física incrementa la autodeterminación de perdurar en ella y la auto regulación en la ingesta de

alimentos (Mata et al., 2009). También se ha mostrado que quien mantiene una rutina moderada de ejercicio posee niveles más altos de moderación en la dieta así como menor uso del televisor (Phelan et al., 2009). A pesar de esto, también podría darse el efecto contrario: la persona que realiza actividad física moderada se puede ver abocada a mayor consumo de alimentos dado que puede tener la idea que pierde las calorías que ganó durante el ejercicio.

Ahora bien, centrados en el estudio, es necesario entonces describir su metodología y los resultados del mismo, para dar a conocer las propuestas desde la psicología y la salud mental frente al impacto que tienen los programas de actividad física en la calidad de vida relacionada con la salud.

Metodología

La investigación es de tipo cuantitativa, experimental, descriptiva y longitudinal. De tipo cuantitativo porque los resultados del estudio se midieron estadísticamente; de orden experimental porque se analizó el impacto de la intervención física moderada en la calidad de vida de los 58 estudiantes. Debe tenerse en cuenta que no hubo control de variables como la alimentación y el estado de ánimo, y que las respuestas del cuestionario partieron de la percepción del paciente sobre su calidad de vida. Es de tipo descriptivo, por la identificación de una relación existente entre un programa de acondicionamiento físico y la calidad de vida relacionada con la salud; y es longitudinal debido a que se propuso un tiempo para evidenciar el comportamiento de las variables, medidas previa y posteriormente al programa de acondicionamiento físico.

La población del estudio fueron 58 estudiantes de la Universidad de Caldas de ambos géneros con edades entre 18 y 36 años, que presentaban un IMC (Índice de Masa Corporal) con criterios de sobrepeso y obesidad según la clasificación de la OMS; por lo tanto es una muestra no probabilística por conveniencia. Se excluyeron las personas en condición de discapacidad para deambulación, mujeres en embarazo y personas que tomaban medicamentos que pudieran alterar la composición corporal.

Previa firma del consentimiento informado de todos los estudiantes y aval del comité de ética de la Universidad de Caldas, se tomaron las siguientes mediciones, con el fin de identificar el IMC:

1. Peso: Usando una bata hospitalaria y en ropa interior se midió el peso con una báscula digital pesa personas PP 2000 de Icob-Detecto con una precisión de ± 0.1 Kg.

2. Estatura: Usando un estadiómetro digital Heightronic 235 de Seca Corp con una precisión de ± 0.5 cm. Estas mediciones se realizaron por duplicado y al encontrar diferencias mayores a 0.1 kg ó 0.05 cm, se tomó por triplicado.

Posterior a estas mediciones, se procedió a realizar la primera aplicación del cuestionario de calidad de vida relacionado con la salud SF-36, el cual fue el instrumento evaluador del presente estudio. Luego los participantes fueron sometidos a un programa de acondicionamiento físico con duración de 60 minutos diarios en el mismo horario, en un periodo promedio de 9 semanas. Al finalizar la intervención, se aplicó nuevamente el cuestionario. Los resultados se evaluaron con el software SPSS 15 y la prueba estadística de Wilcoxon, el significado estadístico de las diferencias se estableció con un $p < 0.05$.

Resultados

En el análisis realizado con el software estadístico SPSS 15, se establecieron diferencias estadísticamente significativas a favor del acondicionamiento físico en las siguientes áreas y sub-áreas:

Dentro de la función física, hubo diferencias estadísticamente significativas con respecto a la realización de esfuerzos intensos con una ($P=0,034$). Esto indica que, con valor por debajo de 0,05, la limitación para realizar esfuerzos intensos, tales correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores disminuyó después de cumplir con el programa. Asimismo sucedió con la limitación para realizar esfuerzos moderados como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar bolos o caminar más de una hora, obteniendo una ($P=0,034$). También hubo una mejoría ($P=0,011$) en la limitación para subir varios pisos, al igual que en la limitación para caminar un kilómetro ($P=0.001$).

Dentro de la salud general, se encontró una mejoría en la percepción de la propia salud, ($P=0,003$), disminuyendo el número de personas que consideraban su salud como “mala” al inicio del programa. Igualmente hubo diferencia ($P=0,049$), en cuanto a si la persona se considera enferma más fácilmente que otras personas y con respecto a si la persona se considera tan sana como cualquiera ($P=0,045$), o si la persona considera su salud excelente ($P=0,000$).

Dentro del área de vitalidad, se encontró diferencia estadísticamente significativa, ($P=0,012$) únicamente respecto al tiempo que se sintió agotado en las últimas 4 semanas.

Referente al área de salud mental, se encontró diferencia ($P= 0,09$), únicamente respecto al tiempo que se sintió feliz en las últimas 4 semanas.

En el ítem de transición de salud, que evalúa la salud actual comparada con la de hace un año, se encontró que después de asistir al programa de acondicionamiento físico, las personas mejoraron su percepción con respecto a su salud general ($P= 0,006$).

En las otras áreas evaluadas por el cuestionario SF-36, como el rol físico, el dolor corporal, la función social, el rol emocional; y en las demás sub-áreas pertenecientes a las áreas anteriormente mencionadas, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas a pesar de lo cual no se encontró que empeoraran.

Análisis de la información

La visión del paciente, aunque subjetiva, depende de muchos factores sociales y culturales. Los pueblos y las sociedades poseen diferentes referencias o categorizaciones que giran en torno a sus tradiciones culturales a partir de las cuales se crean las necesidades y también los valores. Un estudio transcultural realizado por la organización mundial de la salud pone en evidencia el valor cultural diferente que se le asigna a gozar de un nivel de independencia y autonomía física que permite al hombre valerse por sí mismo; mientras esto es considerado un valor en sí mismo en la cultura occidental, en la cultura oriental esto podría ser interpretado como una concepción egoísta (Power, Bullinger, & Harper, 1999). Esta diferencia entre la concepción de autonomía por parte de dos culturas muestra una de las limitaciones a considerar en la evaluación de la calidad de vida de toda la población.

Con base en los resultados del presente estudio se observa que no hubo una diferencia significativa en los roles social y emocional, los cuales son aspectos que hacen parte del área de salud mental. Aunque todos los sujetos del estudio pertenecen a la misma cultura y por tanto una cosmovisión similar, estas diferencias como bien se ha analizado, no dependen sólo de la cultura sino también de la subjetividad y de las condiciones particulares del sujeto en el momento de evaluar su percepción de salud. Debe tenerse en cuenta que la muestra está compuesta por jóvenes universitarios sin limitaciones físicas, y que por ello se enmarcan en un nivel cultural y social determinado. Es por esto que los test no sólo deben orientarse a una población específica con características propias, sino que deben apuntar a una evaluación que efectivamente mida lo que quiere evaluar. En este grupo poblacional de jóvenes universitarios la ausencia de diferencias significativas en estos roles no excluye la posibilidad de considerar la actividad física y la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud como entidades aisladas, y muestra un impacto diferente en otras áreas que atañen de

una manera directa al tipo de población estudiada. Es así como, por ejemplo, la limitación a nivel físico en una población joven podría ser un aspecto de consideración mucho mayor relacionado con la calidad de vida, que una limitación a nivel social, en la que el estudio o el trabajo podrían ayudar a superarla.

El aspecto emocional depende mucho del momento específico en que sea tomada la prueba y de las condiciones que en el momento tenga el paciente. Cuando se plantea la necesidad de considerar el aspecto social para la interpretación de los resultados teniendo presente la población de este estudio, es por el hecho de que cuando un joven llega a la universidad puede ubicarse en una perspectiva diferente de quien no ha tenido esta oportunidad debido a la diferencia en el nivel social y cultural. A su vez, esto impactaría su percepción de la calidad de vida relacionada con la salud.

No sería considerado ético determinar que alguien que vive en una condición de pobreza está satisfecho con esta situación en su vida, puesto que no posee mayores expectativas porque no ha conocido otra realidad. Por tanto este aspecto emocional y social en el que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, debe ser evaluado en el contexto de la muestra y sólo así es posible entender por qué no existen variaciones.

Teniendo en cuenta el soporte científico sobre las implicaciones de la actividad física en la calidad de vida relacionada con la salud, y cómo ésta interfiere en el normal desarrollo de la salud física y mental; se concluye que el modelo biopsicosocial debe tenerse en cuenta al momento de la evaluación y tratamiento del sobrepeso y la obesidad; pues su integración permite que la percepción del paciente sobre su calidad de vida se convierta en el criterio más importante para comprender y dar el abordaje pertinente desde el área social, psicológica y biológica, aunado por supuesto al abordaje por parte de los profesionales de la salud física o mental.

Asimismo, como se mencionó en la introducción, y como indican algunos estudios, no se descarta que los aspectos psicológicos como la angustia y la ansiedad independiente que sean causa o efecto de la obesidad, influyen directamente en la baja autoestima de los que sufren obesidad y sobrepeso, así como se ha sugerido que dichos aspectos se convierten además en un riesgo para un aumento severo de estas condiciones (Algul et al., 2009). Esto hace necesario la valoración integral realizada a los pacientes con sobrepeso y obesidad y la inclusión de ella en el tratamiento del orden psicológico o psiquiátrico; y por lo tanto que los profesionales de la salud mental, adquieran mayor conocimiento sobre las manifestaciones psicológicas y protocolos de intervención específicos de estas condiciones. Estas patologías, al ser ya consideradas una epidemia mundial, se convierten en asuntos de discusión que competen a todos estos profesionales

dado que su objetivo es velar por una calidad de vida satisfactoria y acorde a las necesidades de cada ser humano, así como del contexto al que pertenecen.

Conclusiones

- ✓ Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las siguientes áreas a favor del acondicionamiento físico:
 - Función física en cuatro aspectos de diez: Esfuerzos intensos ($P=0,034$), Esfuerzos moderados ($P= 0,034$), Subir varios pisos ($P=0,011$), Caminar un kilómetro ($P=0.001$).
 - Salud general en cuatro aspectos de cinco: Percepción salud actual ($P=0,003$), Percepción de enfermedad ($P=0,049$), Se considera saludable como cualquiera ($P=0,045$), Considera su salud excelente ($P=0,000$).
 - Vitalidad en un aspecto de cuatro: Tiempo en el que se sintió agotado las últimas 4 semanas ($P=0,012$).
 - Salud mental en un aspecto de cinco: Tiempo en el que se sintió feliz las últimas 4 semanas ($P=0,009$)
 - Ítem de transición de salud: Salud actual comparada con la de hace un año ($P=0,006$)

- ✓ En los aspectos que no hubo diferencias se encontró que desde el inicio los participantes no percibían limitación.
- ✓ Aunque hubo diferencias en otras áreas no fueron lo suficientemente significativas para ser extrapolables.
- ✓ Los resultados son consecuentes con estudios que muestran el impacto del acondicionamiento físico en la mejoría de la percepción de salud física y mental y por lo tanto en la calidad de vida relacionada con la salud.
- ✓ Se sugiere realizar el estudio con una muestra representativa que cuente con apoyo institucional para financiarlo.

Bibliografía

- Algul, A., Ates, M. A., Semiz, U. B., Basoglu, C., Ebrinc, S., Gecici, O., . . . Cetin, M. (2009). Evaluation of general psychopathology, subjective sleep quality, and health-related quality of life in patients with obesity. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 39(3), 297-312.
- Alonso, Y. (2004). The biopsychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two decades. *Patient education and counseling*, 53(2), 239-244.
- Allison, D. B., & Heshka, S. (1993). Emotion and eating in obesity? A critical analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 13(3), 289-295.
- Atlantis, E., & Ball, K. (2008). Association between weight perception and psychological distress. *International journal of obesity*, 32(4), 715-721.
- Baile, J., & González, M. (2011). *Comorbilidad psicopatológica en obesidad*. Paper presented at the Anales del Sistema Sanitario de Navarra.
- Brown, D. W., Balluz, L. S., Heath, G. W., Moriarty, D. G., Ford, E. S., Giles, W. H., & Mokdad, A. H. (2003). Associations between recommended levels of physical activity and health-related quality of life findings from the 2001 Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) survey. *Preventive medicine*, 37(5), 520-528.
- Bruch, H. (1961). Transformation of oral impulses in eating disorders: A conceptual approach. *Psychiatric Quarterly*, 35(3), 458-481.
- Calderón, O., & Jorge, H. (2001). La salud mental. *Calderón, Ocampo, J., H. Amezcua, Medina, M. Salud mental, sociedad y cotidianidad*, 1-25.
- Callegari, A., Michelini, I., Sguazzin, C., Catona, A., & Klersy, C. (2005). Efficacy of the SF-36 questionnaire in identifying obese patients with psychological discomfort. *Obesity surgery*, 15(2), 254-260.
- Cameron, A., Magliano, D., Dunstan, D., Zimmet, P., Hesketh, K., Peeters, A., & Shaw, J. (2012). A bi-directional relationship between obesity and health-related quality of life: evidence from the longitudinal AusDiab study. *International journal of obesity*, 36(2), 295-303.
- Cano, E., Quiceno, J., Vinaccia, S., Gaviria, A. M., Tobón, S., & Sandín, B. (2006). Calidad de vida y factores psicológicos asociados en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional. *Universitas Psychologica*, 5(3), 511-520.
- Cañamares, E., & Medrano, E. C. (2002). *¿ Por qué no puedo adelgazar?: las causas psicológicas de la obesidad* (Vol. 3): EDAF.
- Caraveo, R. V. (2004). Factores que influyen en el comportamiento preventivo del cáncer cervicouterino. *Avances en psicología latinoamericana*, 22(1), 49-59.
- Cash, T. F. (2004). Body image: Past, present, and future. *Body image*, 1(1), 1-5.

- Cash, S. W., Duncan, G. E., Beresford, S. A., McTiernan, A., & Patrick, D. L. (2013). Increases in physical activity may affect quality of life differently in men and women: the PACE project. *Quality of life research, 22*(9), 2381-2388.
- Coombes, J. S., Law, J., Lancashire, B., & Fassett, R. G. (2013). "Exercise Is Medicine" Curbing the Burden of Chronic Disease and Physical Inactivity. *Asia-Pacific Journal of Public Health, 1010539513481492*.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological bulletin, 125*(2), 276.
- Elavsky, S., McAuley, E., Motl, R. W., Konopack, J. F., Marquez, D. X., Hu, L., . . . Diener, E. (2005). Physical activity enhances long-term quality of life in older adults: efficacy, esteem, and affective influences. *Annals of Behavioral Medicine, 30*(2), 138-145.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science, 196*(4286), 129-136.
- Engel, G. L. (1979). The biopsychosocial model and the education of health professionals. *General hospital psychiatry, 1*(2), 156-165.
- Fontaine, K., & Barofsky, I. (2001). Obesity and health-related quality of life. *Obesity reviews, 2*(3), 173-182.
- Galper, D. I., Trivedi, M. H., Barlow, C. E., Dunn, A. L., & Kampert, J. B. (2006). Inverse association between physical inactivity and mental health in men and women. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 38*(1), 173.
- Garza, M. L. C., & Rueda, M. C. A. (2013). La obesidad paradójica: construcción de una imagen corporal contradictoria= Paradoxical obesity: building a contradictory body image. *Comunitania. Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*(6), 97-119.
- Group, T. W. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social science & medicine, 46*(12), 1569-1585.
- Hallal, P. C., Andersen, L. B., Bull, F. C., Guthold, R., Haskell, W., Ekelund, U., & Group, L. P. A. S. W. (2012). Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *The Lancet, 380*(9838), 247-257.
- Harvey, S. B., Hotopf, M., Øverland, S., & Mykletun, A. (2010). Physical activity and common mental disorders. *The British Journal of Psychiatry, 197*(5), 357-364.
- Huang, C., Hu, H., Fan, Y., Liao, Y., & Tsai, P. (2010). Associations of breakfast skipping with obesity and health-related quality of life: evidence from a national survey in Taiwan. *International journal of obesity, 34*(4), 720-725.

- Janicke, D. M., Marciel, K. K., Ingerski, L. M., Novoa, W., Lowry, K. W., Sallinen, B. J., & Silverstein, J. H. (2007). Impact of psychosocial factors on quality of life in overweight youth. *Obesity, 15*(7), 1799-1807.
- Jones, G., & Sutton, A. (2008). Quality of life in obese postmenopausal women. *Menopause International, 14*(1), 26-32.
- Joseph, R. P., Royse, K. E., Benitez, T. J., & Pekmezi, D. W. (2014). Physical activity and quality of life among university students: exploring self-efficacy, self-esteem, and affect as potential mediators. *Quality of life research, 23*(2), 659-667.
- Karlsson, J., Taft, C., Rydén, A., Sjöström, L., & Sullivan, M. (2007). Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. *International journal of obesity, 31*(8), 1248-1261.
- Keys, A., Fidanza, F., Karvonen, M. J., Kimura, N., & Taylor, H. L. (1972). Indices of relative weight and obesity. *Journal of chronic diseases, 25*(6), 329-343.
- Kolotkin, R. L., Crosby, R. D., & Williams, G. R. (2002). Health-Related Quality of Life Varies among Obese Subgroups. *Obesity Research, 10*(8), 748-756.
- Kolotkin, R. L., Crosby, R. D., Williams, G. R., Hartley, G. G., & Nicol, S. (2001). The Relationship between Health-Related Quality of Life and Weight Loss. *Obesity Research, 9*(9), 564-571.
- Lean, M., Han, T., & Seidell, J. (1998). Impairment of health and quality of life in people with large waist circumference. *The Lancet, 351*(9106), 853-856.
- Leplège, A., & Hunt, S. (1998). El problema de la calidad de vida en medicina. *Jama, 7*(1), 19-23.
- Markowitz, S., Friedman, M. A., & Arent, S. M. (2008). Understanding the relation between obesity and depression: causal mechanisms and implications for treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice, 15*(1), 1-20.
- Mata, J., Silva, M. N., Vieira, P. N., Carraça, E. V., Andrade, A. M., Coutinho, S. R., . . . Teixeira, P. J. (2009). Motivational “spill-over” during weight control: Increased self-determination and exercise intrinsic motivation predict eating self-regulation. *Health Psychology, 28*(6), 709.
- Matusitz, J., & McCormick, J. (2012). Sedentarism: the effects of Internet use on human obesity in the United States. *Social work in public health, 27*(3), 250-269.
- McManus, C. (2005). Engel, Engels, and the side of the angels. *The Lancet, 365*(9478), 2169-2170.
- Miller, B. M., Bartholomew, J. B., & Springer, B. A. (2005). Post-exercise affect: The effect of mode preference. *Journal of Applied Sport Psychology, 17*(4), 263-272.

- Moral de la Rubia, J. (2002). Los trastornos de la conducta alimentaria, un complejo fenómeno biopsicosocial. *RESPYN. Revista Salud Pública y Nutrición de la Facultad de Salud Pública y Nutrición, universidad autónoma de Nueva León. México*, 3(3).
- Motl, R. W., McAuley, E., Snook, E. M., & Gliottoni, R. C. (2009). Physical activity and quality of life in multiple sclerosis: intermediary roles of disability, fatigue, mood, pain, self-efficacy and social support. *Psychology Health and Medicine*, 14(1), 111-124.
- Myers, A., & Rosen, J. C. (1999). Obesity stigmatization and coping: relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *International journal of obesity*(23), 221-230.
- Ocampo-Barrio, P., & Pérez-Mejía, A. (2010). Creencias y percepciones de las personas obesas acerca de la obesidad. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 36(6), 325-331.
- Organization, W. H. (2010). Global recommendations on physical activity for health.
- Phelan, S., Liu, T., Gorin, A., Lowe, M., Hogan, J., Fava, J., & Wing, R. R. (2009). What distinguishes weight-loss maintainers from the treatment-seeking obese? Analysis of environmental, behavioral, and psychosocial variables in diverse populations. *Annals of Behavioral Medicine*, 38(2), 94-104.
- Pinhas-Hamiel, O., Singer, S., Pilpel, N., Fradkin, A., Modan, D., & Reichman, B. (2006). Health-related quality of life among children and adolescents: associations with obesity. *International journal of obesity*, 30(2), 267-272.
- Plaisted, C. S., Lin, P.-H., D ARD, J., McCLURE, M. L., & Svetkey, L. P. (1999). The effects of dietary patterns on quality of life: a substudy of the Dietary Approaches to Stop Hypertension trial. *Journal of the American Dietetic Association*, 99(8), S84-S89.
- Power, M., Bullinger, M., & Harper, A. (1999). The World Health Organization WHOQOL-100: Tests of the universality of quality of life in 15 different cultural groups worldwide. *Health Psychology*, 18(5), 495.
- Raedeke, T. D. (2007). The relationship between enjoyment and affective responses to exercise. *Journal of Applied Sport Psychology*, 19(1), 105-115.
- Rico, P. (2013). El dolor y su impacto en la calidad de vida y estado anímico de pacientes hospitalizados. *Univ. Psychol. Bogotá, colomBia*, 12(1), 55-62.
- ROJAS, A. C. N., TOBÓN, S., HENAO, D. A., RASMUSSEN, C. A. H., TÉLLEZ, F. S., SAN MARTIN, A. H., . . . ADOLEC, B. Calidad de vida, salud y factores psicológicos asociados1. *Carrera 9 No. 19-03 Conmutador (096) 887 9680*

Fax: 8841443 e-mail: perspectivasenpsicologia@umanizales.edu.co
 Manizales, Caldas, Colombia, 11.

- Romain, A., Bernard, P., Attalin, V., Gernigon, C., Ninot, G., & Avignon, A. (2012). Health-related quality of life and stages of behavioural change for exercise in overweight/obese individuals. *Diabetes & metabolism*, 38(4), 352-358.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education & Behavior*, 15(2), 175-183.
- Rovira, B. L. (2006). Obesidad y psicopatología. *Boletín de la Asociación Médica Argentina*.
- Sach, T., Barton, G., Doherty, M., Muir, K., Jenkinson, C., & Avery, A. (2007). The relationship between body mass index and health-related quality of life: comparing the EQ-5D, EuroQol VAS and SF-6D. *International journal of obesity*, 31(1), 189-196.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 09-21.
- Silvestri, E., & Staville, A. E. (2005). Aspectos psicológicos de la obesidad. *Córdoba, Argentina: Posgrado en Obesidad a Distancia. Universidad Favaloro.[Links]*.
- Simon, G. E., Von Korff, M., Saunders, K., Miglioretti, D. L., Crane, P. K., van Belle, G., & Kessler, R. C. (2006). Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Archives of general psychiatry*, 63(7), 824-830.
- Smith, P. J., Potter, G. G., McLaren, M. E., & Blumenthal, J. A. (2013). Impact of aerobic exercise on neurobehavioral outcomes. *Mental Health and Physical Activity*, 6(3), 139-153.
- Stevens, G. A., Singh, G. M., Lu, Y., Danaei, G., Lin, J. K., Finucane, M. M., . . . Cowan, M. (2012). National, regional, and global trends in adult overweight and obesity prevalences. *Popul Health Metr*, 10(1), 22.
- Talen, M. R., & Mann, M. M. (2009). Obesity and mental health. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 36(2), 287-305.
- Tchernof, A., & Després, J.-P. (2013). Pathophysiology of human visceral obesity: an update. *Physiological reviews*, 93(1), 359-404.
- Tonón, G. (2006). Aproximación teórica al estudio de la calidad de vida de los jóvenes en Conurbano Bonaerense. *Tonón G.(comp) Juventud y protagonismo ciudadano. Buenos Aires: Espacio Editorial*.
- Vinaccia, S., Fernández, H., Amador, O., Tamayo, R. E., Vásquez, A., Contreras, F., . . . Sandin, B. (2005). Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de síndrome de colon irritable. *Terapia psicológica*, 23(2), 65-74.

- Vinaccia, S., & Quiceno, J. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychologia: avances de la disciplina*, 6(1), 123-136.
- Wannamethee, S. G., Shaper, A. G., Walker, M., & Ebrahim, S. (1998). Lifestyle and 15-year survival free of heart attack, stroke, and diabetes in middle-aged British men. *Archives of Internal Medicine*, 158(22), 2433-2440.
- Ware Jr, J. E. (2000). SF-36 health survey update. *Spine*, 25(24), 3130-3139.
- Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 473-483.
- Wee, H., Wu, Y., Thumboo, J., Lee, J., & Tai, E. (2010). Association of body mass index with Short-Form 36 physical and mental component summary scores in a multiethnic Asian population. *International journal of obesity*, 34(6), 1034-1043.
- Zeller, M. H., Roehrig, H. R., Modi, A. C., Daniels, S. R., & Inge, T. H. (2006). Health-related quality of life and depressive symptoms in adolescents with extreme obesity presenting for bariatric surgery. *Pediatrics*, 117(4), 1155-1161.
- Zukerfeld, R. (2002). Psicoterapia psicoanalítica y obesidad. *Revista Actualidad Psicológica*, 1, 5.