



TESIS DOCTORAL

**ESTILOS DE VIDA ACTIVA Y SALUDABLE, SALUD FÍSICA Y MENTAL,
PERSONALIDAD Y RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ADOLESCENTES**

AGUSTÍN SÁNCHEZ PÉREZ

SALAMANCA, NOVIEMBRE 2015



Tesis Doctoral

**Estilos de vida activa y saludable, salud física y mental,
personalidad y rendimiento académico en adolescentes**

Codirectores

David López Palenzuela

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos

Universidad de Salamanca

Luis García Ortiz

Departamento de Ciencias Biomédicas y del Diagnóstico.

Universidad de Salamanca.

Manuel Ángel Gómez Marcos

Departamento de Medicina

Universidad de Salamanca



D. David López Palenzuela, Profesor Titular, del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de Salamanca; D. Luis García Ortiz, Profesor Asociado del Departamento de Ciencias Biomédicas y del diagnóstico de la Universidad de Salamanca, y D. Manuel Ángel Gómez Marcos, Profesor Asociado del Departamento de Medicina de la Universidad de Salamanca.

INFORMAN: que Agustín Sánchez Pérez ha realizado bajo nuestra dirección el trabajo titulado **“Estilos de vida activa y saludable, salud física y mental, personalidad y rendimiento académico en adolescentes”**. Se trata de un trabajo original, rigurosamente realizado, y es apto para ser defendido públicamente con el fin de obtener el grado de doctor.

En Salamanca, a 30 de noviembre de 2015

Fdo.: David López Palenzuela Fdo.: Luis García Ortiz Fdo.: Manuel Ángel Gómez Marcos

Si es bueno vivir,
todavía es mejor soñar,
y lo mejor de todo, despertar.

A. Machado

“Serás un auténtico deportista si, como atleta,
tomas parte en el deporte por el gusto del mismo,
practicas el deporte de forma altruista,
sigues los consejos que te han sugerido,
aceptas sin discusión las decisiones de un jurado o de un árbitro,
vences sin presunción y pierdes sin amargura,
prefieres perder a ganar con medios ilícitos o descorteses,
en competición o fuera, en todas tus acciones,
te comportas de forma deportiva y cortés”.

CIO (Comité Olímpico Internacional)

A Rosa, Aida, Marco, Jaime, mis padres y mis alumnos por vuestra energía

A David, Luis y Manuel por esperarme

Índice de contenido

1.	Introducción	1
1.1.	Estilos de vida activa y saludable y salud en adolescentes.....	4
1.2.	Práctica de actividad física y salud física en adolescentes	8
1.3.	Encuestas europeas y españoles sobre estilos de vida activa y saludable y salud en adolescentes.....	11
1.4.	Estilos de vida activa y saludable, personalidad y salud mental en adolescentes.....	14
1.5.	Variables personales y sociales que influyen en la adherencia a la práctica de actividad física en adolescentes	22
1.5.1.	Teoría de la Conducta Planificada	25
1.5.2.	Teoría de la Autoeficacia	28
1.5.3.	Modelo de Socialización del Comportamiento del Niño.....	34
1.5.4.	Importancia del constructo expectativa.....	35
1.5.5.	Enfoque de las Expectativas Generalizadas de Control.	38
1.5.6.	Variables generalizadas (disposicionales) y variables específicas.....	46
1.5.7.	Estudios sobre los determinantes personales y sociales de la práctica de la actividad física	49
1.6.	Estilos de vida activa y saludable, personalidad y rendimiento académico en adolescentes	52
2.	Objetivos	55
3.	Metodología	59
3.1.	Diseño y ámbito de estudio	61
3.2.	Sujetos de estudio	61
3.3.	Fuente de información.....	62
3.4.	Variables y cuestionarios aplicados.....	63
3.4.1.	Medidas realizadas sobre estilos de vida activa y saludable en adolescentes	63
3.4.1.1.	Práctica de actividad física.....	63
3.4.1.2.	Calidad de la dieta, descanso y sueño.....	65

3.4.2.	Medidas realizadas sobre salud física en adolescentes.	67
3.4.2.1.	Cuestionario sobre identificación de dolencias diagnosticadas y problemas físicos.....	67
3.4.2.2.	Medidas antropométricas, toma de la presión arterial y frecuencia cardiaca en adolescentes	68
3.4.3.	Medidas realizadas sobre salud mental en adolescentes...	69
3.4.3.1.	Escala de Autoestima	69
3.4.3.2.	Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control.....	70
3.4.3.3.	Escala de Satisfacción con la Vida	72
3.4.3.4.	Escala de Afecto Positivo y Negativo.....	73
3.4.3.5.	Cuestionario de Salud Mental	74
3.4.3.6.	Escala de Estrés Percibido	74
3.4.3.7.	Cuestionario de Calidad de Vida.....	75
3.4.4.	Medidas realizadas sobre variables personales y sociales que influyen en la adherencia a la práctica de actividad física en adolescentes.	76
3.4.4.1.	Estudio sobre Actividad Física y Salud. Encuesta para estudiantes.....	76
3.4.4.2.	Cuestionario de Utilidad Percibida de la Práctica de la Actividad Física y del Deporte	80
3.4.4.3.	Cuestionario de Expectativas de Autoeficacia Física	80
3.4.5.	Medidas realizadas sobre rendimiento académico en adolescentes.....	81
3.4.5.1.	Optimismo Fundado y Expectativas de Control de Situaciones Académicas	81
3.4.5.2.	Información académica	82
3.5.	Plan de trabajo desarrollado y cronograma.....	82
3.6.	Análisis estadístico	85
3.7.	Cuestiones éticas	86

4. Resultados	87
4.1. Estilos de vida activa y saludable, variables personales y sociales en la adherencia a la práctica de actividad física, salud física y mental, calidad de vida y rendimiento académico en adolescentes	90
4.1.1. Práctica de actividad física	91
4.1.2. Calidad de la dieta	91
4.1.3. Sueño y descanso	92
4.1.4. Variables personales y sociales en la adherencia a la práctica de actividad física	92
4.1.5. Salud física	93
4.1.6. Salud mental	95
4.1.7. Calidad de vida	95
4.1.8. Rendimiento académico	96
4.2. Relación entre práctica de actividad física y salud física en adolescentes	98
4.2.1. Relación entre práctica de actividad física, condición física e índice de masa corporal.	101
4.3. Relación entre personalidad, estilos de vida activa y saludable y la salud mental en adolescentes.....	101
4.3.1. Salud mental en términos de Salud Mental General	102
4.3.2. Salud mental en términos de Bienestar Subjetivo.	111
4.3.3. Salud mental en términos de Calidad de Vida.....	115
4.4. Variables personales y sociales en la adherencia a la práctica de la actividad física en adolescentes	121
4.4.1. Variables disposicionales, expectativas específicas de la actividad física, apoyo social y barreras percibidas como predictores de la práctica de actividad física	122
4.4.2. Expectativas de resultados, apoyo social, expectativas de autoeficacia, barreras percibidas, disfrute e intención como predictores de la práctica de actividad física	125
4.4.3. Determinantes de la intención de practicar actividad física	129

4.5.	Optimismo fundado, locus de control externo, estilos de vida activa y saludable y rendimiento académico	132
5.	Discusión	137
5.1.	Práctica de la actividad física, calidad de dieta y descanso, en adolescentes	141
5.2.	Relación entre práctica de actividad física y salud física en adolescentes	144
5.3.	Relación entre personalidad, estilos de vida activa y saludable y la salud mental en adolescentes	146
5.4.	Variables personales y sociales que influyen en la adherencia a la práctica de actividad física en adolescentes	150
5.5.	Relación entre personalidad, estilos de vida activa y saludable con el rendimiento académico en adolescentes	154
5.6.	Implicaciones prácticas e intervención	156
5.7.	Limitaciones del estudio y perspectivas futuras	157
6.	Conclusiones	159
7.	Referencias bibliográficas	163
8.	Índice de Tablas	195
9.	Índice de Figuras	199
10.	Anexos	205
10.1.	Anexo A: Cuestionarios	207
10.2.	Anexo B: Comunicaciones	247

INTRODUCCIÓN

1. Introducción

No cabe duda de que más allá de las investigaciones y las recomendaciones de las instituciones públicas, unos estilos de vida *activa* y *saludable* reportan enormes beneficios para la *salud física* y el *bienestar mental* de la personas, pero al mismo tiempo puede reducir gastos a las instituciones de salud pública por los problemas de salud derivados de estilos de vida inactivos y poco saludables desde el punto de vista de la alimentación. Estos estilos de vida o se fraguan en la infancia y adolescencia para asentarlos a lo largo de la vida, o si no será más complicado hacerlo de adultos. En este sentido, dado que esos hábitos no dejan de ser comportamientos de los individuos, es necesario conocer qué variables sociales y personales pueden estar influyendo en la adquisición de hábitos activos y saludables. En esta investigación doctoral trataremos de indagar en aquellos factores *sociales* y *personales* que los modelos teóricos en general y las investigaciones específicas realizadas en particular nos sugieren.

Pero más allá de esa influencia de los estilos de vida activa y saludable sobre la salud física y mental, que recoge diferentes estudios, en la presente investigación nos proponemos un aspecto relevante y menos estudiado como puede ser el beneficio que puede tener los hábitos de vida activos y saludables en el rendimiento humano, y qué mejor modo de comprobarlo con el rendimiento académico, tan asociado a esta etapa de la vida y de tan

importantes repercusiones, no sólo por el rendimiento en sí, además por las propias consecuencias directas e indirectas que tiene en los adolescentes, aún en fase de maduración física y psicológica.

Por último, dadas las diferencias individuales en toda una serie de atributos o características de personalidad, sería también importante tener en cuenta algunas de las más relevantes y pertinentes variables de la personalidad que pudieran estar implicadas o asociadas a unos estilos de vida activa y saludables, su relación con las propias variables de salud física y bienestar psicológico así como con el rendimiento académico de los adolescentes.

1.1. Estilos de vida activa y saludable y salud en adolescentes

Informes de salud pública oficiales e.g. United Kingdom (UK), Department of Health (2004) refuerzan la visión de que la inactividad física es indudablemente uno de los principales factores de riesgo para las epidemias actuales de enfermedades crónicas. El estímulo de formas de vida más activas físicamente debe ser un elemento importante de cualquier estrategia en el ámbito de la salud pública.

La disminución de la calidad en la dieta y de la práctica de actividad física, están provocando un aumento del sobrepeso y la obesidad que pueden causar diversos trastornos y complicaciones en la infancia y adolescencia, agravándose en la edad adulta. La obesidad infantil, es hoy en día un

importante problema de salud pública. Las cifras de prevalencia están aumentando en todo el mundo, pero especialmente en Europa. La causa fundamental de la misma es que hay un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. En general, en el mundo, se ha producido una mayor ingesta de alimentos hipercalóricos y un descenso en la realización de actividad física, provocando una mayor prevalencia de obesidad entre los menores y un aumento en el riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular (Lloyd, Langley-Evans & McMullen, 2011). Desde 1980, la obesidad ha incrementado más del 100% en todo el mundo, provocando alarma entre las agencias de salud pública, médicos de atención primaria, investigadores de la salud y el público en general (García-Hermoso, Escalante, Domínguez & Saavedra, 2013). La obesidad infantil se relaciona con una mayor probabilidad de obesidad, muerte prematura y discapacidad en la edad adulta. Esto último y las complicaciones sanitarias asociadas, debe ser un problema que se detecte y se resuelva en etapas precoces de la vida, para conseguir un beneficio de salud y lograr un mantenimiento del peso correcto para toda la vida (Lloyd et al., 2011).

Mutrie, Faulkner, Linley y Joseph (2004) apuntan que la actividad física aparte de conllevar beneficios a nivel individual, resulta de gran valor desde el punto de vista social, ya que una comunidad en la que la actividad física sea vista como una norma social puede ser más sana y llegar a disponer de un mayor capital humano.

Sin embargo, diversas investigaciones norteamericanas y europeas de corte sociológico han constatado un descenso progresivo de la práctica físico-deportiva desde la etapa escolar, acentuándose de manera alarmante en la adolescencia (Telama & Yang, 2000).

En España un alto porcentaje de la población mayor de 15 años se encuentra en un estado de inactividad física con respecto al conjunto europeo (Varo, Martínez & Martínez, 2003). El 41.33% de la población mayor de 18 años se declara sedentaria según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2012).

Este fenómeno de sedentarismo que se está produciendo en las sociedades avanzadas constituye un gran problema de salud pública (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003). La actividad física es recomendada en todas las edades, pero es en la infancia y en la adolescencia donde juega un papel fundamental a la hora de adquirir hábitos y actitudes positivas en las edades posteriores. Dada la evidencia de que la actividad física regular proporciona beneficios para la salud física y mental en niños y adolescentes, y considerando los niveles tan bajos de participación, se propusieron recomendaciones para niños y jóvenes que establecían unos mínimos saludables de actividad física (Sallis & Patrick, 1994). Sus recomendaciones indicaron que los adolescentes deberían realizar actividad física 5 o más días al menos durante 30 minutos. Estas recomendaciones se modificaron hasta aumentar la sesión de actividad física de 30 minutos durante la mayoría de los días de la semana a 60 minutos de actividad cada día. La mayoría de los

estudios que analizan el cumplimiento de estas recomendaciones muestran bajos niveles de práctica, indicando que es posible que los niños y adolescentes no estén realizando los niveles de actividad física adecuados para la salud (Centers for Disease Control and Prevention, 2000). Estos bajos índices de actividad física también se reflejan en nuestro país, donde la actividad física que practican nuestros jóvenes parece insuficiente para proporcionar beneficios para la salud (Lasheras, Aznar, Merino & López, 2001). Según el INE (2012), en España, en las edades comprendidas entre 5 a 14 años el 8.2% de los niños y de los adolescentes; y el 16.3% de las niñas y de las adolescentes se declaran sedentarias, del mismo modo en el grupo de 15 a 24 años, el 21.4% de los hombres y el 49.5% de las mujeres.

Aunque el porcentaje de personas que realizan actividad física en su tiempo libre ha aumentado en la última década en España, los porcentajes de intención de cambio entre los españoles para un estilo de vida más activo físicamente es aún inferior a la media Europea (Varo et al., 2003).

Siendo la práctica de actividad física tan importante en estos períodos de edad, es importante desarrollar estudios sobre los motivos de práctica y abandono de la misma en adolescentes, para desarrollar estrategias idóneas de promoción de vida activa en nuestros jóvenes (Cantera & Devís, 2002).

La elección de la etapa de la adolescencia, como población a estudiar, se debe a que constituye un periodo de la vida que reúne gran interés en cuanto a la investigación de los estilos de vida activa y saludable, ya que se

adquirirán hábitos que se conforman en la vida adulta, donde se produce un marcado descenso en la práctica de la actividad física (Van der Horst, Paw, Twisk & Van Mechelen, 2007). En esta etapa se instauran muchas pautas de comportamiento que van a tener una influencia poderosa sobre la salud en la vida adulta (Janz, Dawson & Mahoney, 2000).

El siguiente apartado es en realidad muy similar al anterior, una de las diferencias tal vez pueda tener que ver en el hecho de que en el que acabamos de terminar se hace alusión no sólo a la actividad física sino también algo a la alimentación, como estilos de vida activos y saludables que han de estar coordinados de cara a ofrecer los mejores beneficios para la salud física. En el siguiente apartado nos centraremos más en las relaciones específicas entre la actividad física y la salud física.

1.2. Práctica de actividad física y salud física en adolescentes

La actividad física regular ayuda en la prevención de las enfermedades cardiovasculares, diabetes, sobrepeso y obesidad; mejora la salud músculo-esquelética (densidad ósea, osteoporosis, artritis y dolor de espalda), reduce el riesgo al desarrollo de cáncer, y además puede tener un efecto terapéutico (paliativo) sobre muchas de estas condiciones (UK Department of Health, 2004).

El ámbito de la salud está pasando de un modelo de enfermedad a otro de salud. Resulta tan significativo hablar de niveles de vitalidad y bienestar,

como de deterioro y debilidad. La atención médica no puede sustituir ni los buenos hábitos ni los entornos saludables. Desde el punto de vista biopsicosocial, la mejora de nuestros hábitos de salud y la creación de un entorno de vida saludable suponen grandes beneficios para nuestra salud. La sociedad occidental, con sus avances tecnológicos, ha cambiado el tipo de enfermedad, sustituyendo, en general, los trastornos infecciosos y agudos por la enfermedad crónica (hipertensión, obesidad, trastornos cardiovasculares, etc.). Se ha alargado la esperanza de vida, pero ésta se ha acompañado de un patrón de “enfermedad permanente” que produce ciertas incapacitaciones y riesgos y que, en la mayor parte de los casos, depende directamente del estilo de vida del individuo.

A pesar de que las enfermedades crónicas asociadas con la inactividad física raramente se manifiestan antes de la adultez media, en la etapa adolescente ya se encuentran algunas asociaciones con el sobrepeso y la obesidad, la salud músculo-esquelética y la salud mental (Strong et al., 2005). Estos autores corroboran en chicos y chicas de edad escolar (6 a 18 años) la relación entre un nivel elevado de actividad física y mejores indicadores de salud durante la adolescencia.

La iniciativa creada por Healthy People (2010) para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, incluye en sus directrices dos objetivos centrados en la actividad física. Concretamente, el objetivo 22.6 recomienda hacer actividad física moderada al menos 30 minutos al día en

cinco o más días a la semana y el objetivo 22.7 especifica la conveniencia de hacer actividad física vigorosa, que promueva el desarrollo y el mantenimiento de la salud cardiovascular, tres o más días por semana durante 20 o más minutos. Pate et al. (2003) demuestran que la mayor parte de los adolescentes cumplen el primer objetivo, sin embargo, muy pocos llegan a cumplir las recomendaciones indicadas para la actividad física más vigorosa.

Por otro lado, algunos estudios han puesto de manifiesto un progresivo y alarmante deterioro en la capacidad aeróbica de los adolescentes respecto a lo que ocurría en décadas anteriores (Suris, Michaud, Chossis & Jeannin, 2006). Existen varias hipótesis para explicar estos resultados, siendo las más citadas el incremento del sedentarismo en las sociedades industrializadas (Tomkinson, Olds & Gulbin, 2003) y, por otra parte, la falta de tiempo para dedicar a la práctica deportiva, ya sea por la presión del éxito en la actividad escolar y futuro profesional o bien por la gran cantidad de actividades sociales o individuales que hoy día compiten con el tiempo y la energía que los jóvenes pueden dedicar a la práctica deportiva (Suris et al., 2006).

La incidencia de la obesidad y sobrepeso en la población española de 2 a 17 años, según el INE (1987, 2012) ha incrementado. En 1987 los niños y los adolescentes alcanzaron un porcentaje del 24% y las niñas y las adolescentes el 21,9%. En 2012 alcanzaron el 29% y 26,5% respectivamente.

Existen explicaciones biológicas que argumentan el aumento de bienestar en las personas físicamente activas, siendo la más conocida la que

demuestra el aumento en la concentración de endorfinas en las personas cuyo esfuerzo físico supera una determinada intensidad (Plante et al., 2010).

Es tal el grado de conciencia e importancia que las instituciones públicas dan a los estilos de vida activa y saludable y sus repercusiones en la salud que son muchas las organizaciones europeas y españolas que llevan a cabo periódicamente controles sobre estos estilos y sus consecuencias sobre la salud.

1.3. Encuestas europeas y españolas sobre estilos de vida activa y saludable y salud en adolescentes

Encuesta Europea de Salud (EES) es una investigación de periodicidad quinquenal dirigida a los hogares. Su objetivo principal es obtener datos sobre el estado de salud, los estilos de vida y la utilización de los servicios sanitarios, de manera armonizada y comparable a nivel europeo. Esta información permite planificar y evaluar las actuaciones en materia sanitaria, tanto europeas como nacionales. La EES se ha llevado a cabo en 18 países de la Unión Europea. En el caso de España se ha realizado por el INE en virtud del Convenio de Colaboración establecido entre este y el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

He utilizado datos de EES (2010) para compararlos con los de este estudio. La EES tiene como objetivo general proporcionar información sobre la salud de la población española de manera armonizada y comparable en el ámbito europeo con la finalidad de planificar y evaluar las actuaciones en

materia sanitaria. Se recoge información, entre otras variables, sobre el estado de salud, calidad de vida relacionada con la salud, prácticas preventivas, ejercicio físico, alimentación. Durante el periodo comprendido entre enero de 2009 y enero de 2010 se entrevistaron en torno a 37.500 viviendas.

Encuesta Nacional de Salud (ENSE) es una investigación que el INE realiza en virtud de un acuerdo de colaboración con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Dirigida a las familias, su finalidad principal es obtener datos sobre el estado de salud y los factores determinantes del mismo desde la perspectiva de los ciudadanos. La encuesta proporciona resultados nacionales y por comunidades autónomas con tablas sobre estado de salud, asistencia sanitaria y determinantes de la salud. He utilizado resultados de la ENSE (2011/12) para contrastarlos con los de este estudio.

El Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) o Estudio sobre las conductas saludables de los jóvenes escolarizados es un proyecto auspiciado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el que participan más de 40 países occidentales. En el marco de este proyecto, cada cuatro años se realiza una recogida de datos con el objetivo principal de obtener una visión global de los estilos de vida de los adolescentes y disponer así de herramientas útiles para el debate sobre la promoción de la salud en esta población. En este estudio, siguiendo las directrices de la OMS, se entiende por salud el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad. Por este motivo aplican instrumentos para obtener

datos relativos a relaciones familiares, relaciones con los iguales, contexto escolar, ajuste psicológico, alimentación y dieta, consumo de sustancias y actividades sedentarias.

HBSC España (2010) está apoyado y financiado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. En esta edición, se recogieron datos de 11.230 chicos y chicas con edades comprendidas entre los 11 y los 18 años, en un total de 135 centros educativos. La muestra aleatoria de centros participantes procede de un censo aportado por el Ministerio de Educación donde están recogidos todos los centros educativos españoles.

Está claro que existe un gran interés y preocupación de las diversas instituciones públicas de la salud por obtener datos sobre los estilos de vida activa (práctica de actividad física) y saludable (alimentación, dieta) de los niños y de los adolescentes, dadas las repercusiones que tienen para la *salud*. Y esto parece reflejarse en el interés de las instituciones públicas sanitarias, tanto europeas como españolas, por recabar información al respecto.

Pero, todo lo que hemos visto en los anteriores apartados ha tenido que ver con la relación entre actividad física y sus efectos o relación con la *salud física*. Sólo en este último apartado sobre el interés de las instituciones y las organizaciones por la actividad física y la alimentación, dada su demostrada relación con la salud (física), hemos podido comprobar cómo una de esas organizaciones que vela por la salud, como es la OMS, va más allá de lo físico, extendiéndolo a lo mental o psicológico así como a lo social. La pregunta

entonces es obvia: ¿Puede el ejercicio físico afectar o estar relacionado con el bienestar psicológico o la salud mental? El siguiente apartado aborda este punto.

1.4. Estilos de vida activa y saludable, personalidad y salud mental en adolescentes

La investigación sobre los efectos de la actividad física sobre la salud tiene larga tradición. Sin embargo, la investigación sobre el papel que juega la actividad física en los procesos psicológicos y en la salud mental solamente ha suscitado mayor interés en los últimos años del siglo anterior (Glenister, 1996). A partir de la aportación de las primeras evidencias de que la actividad física puede tener efectos beneficiosos sobre los trastornos mentales (depresión clínica) y la salud mental, reduciendo la ansiedad, mejorando el estado de ánimo y el bienestar, aumentando la sensación de eficacia en el manejo de situaciones cotidianas United States (US) Department of Health and Human Services, (1996), UK Department of Health (2004).

Aunque se han descrito deficiencias metodológicas en algunos estudios dirigidos a evaluar los efectos de la actividad física y del ejercicio sobre el bienestar psicológico y el estado de ánimo (Lynette & Landers, 1998), las revisiones de literatura publicadas posteriormente (Salmon, 2001) han concluido que una actividad física regular es beneficiosa para la salud psicológica.

Diversos estudios relacionan la frecuencia o cantidad de la actividad física con cambios en variables psicológicas (Dudgeon, Philips, Boop & Hand, 2004) y físicas o de salud (Rojas, Schlicht & Hautzinger, 2003). Cuánto más actividad física realiza una persona menor número de síntomas psicológicos y/o físicos manifiesta dicho sujeto. Como resultado de esta evidencia, la promoción de la actividad física ha sido incluida dentro de las políticas de salud pública en algunos países (Health Canada, 1998; UK Department of Health, 2004).

Son numerosas las investigaciones que avalan los beneficios del ejercicio físico en diferentes ámbitos del bienestar psicológico: mejora la salud subjetiva, el estado de ánimo y la emotividad (Biddle, Fox & Boutcher, 2000), disminuye los niveles de ansiedad (Akandere & Tekin, 2005), favorece el afrontamiento del estrés (Holmes, 1993), incrementa la autoestima (McAuley, Mihalko & Bane, 1997). En esta misma línea, varios metaanálisis sobre las repercusiones del ejercicio en distintas variables psicológicas, entre otros, (Arent, Landers & Etnier, 2000; Netz, Wu, Becker & Tenenbaum, 2005) han encontrado tamaños de efecto significativos del ejercicio físico.

Distintos organismos internacionales publicaron informes oficiales declarando que la actividad física tiene beneficios preventivos y terapéuticos desde una perspectiva psicológica (Internacional Society of Sport Psychology, 1992; UK Department of Health, 2004).

Los adolescentes, caracterizados por su alto nivel de actividad física y bajo índice de sedentarismo, son los que realmente muestran una puntuación alta en salud biopsicosocial. Estos resultados coinciden con diversos estudios que demuestran la relación positiva entre un nivel alto de actividad física durante la adolescencia y otros indicadores importantes de salud positiva, como son la percepción de salud, el bienestar emocional y la satisfacción vital (Castillo, Tomás, García- Merita & Balaguer, 2003; Iannotti, Kogan, Janssen & Boyce, 2009).

En este sentido, se han acumulado evidencias del papel de la actividad física en el bienestar psicológico, fortaleciendo la autoestima, el autoconcepto y la percepción de sí mismo (Sonstroem & Potts, 1997), valores todos ellos que protegen contra la depresión, obesidad y diversos comportamientos maladaptativos, como abuso de sustancias.

Por otro lado, las personas que abandonan la práctica de ejercicio físico, independientemente de su sexo, edad, peso, nivel de condición física, experimentan un incremento en los síntomas de negatividad (Weinstein, Deuster & Kop, 2007).

Aunque algunos autores han encontrado resultados contradictorios en la relación entre práctica de ejercicio físico y beneficios psicológicos (Cairney, Faight, Hay, Wade & Corna, 2005), existe un gran interés por los beneficios psicológicos que reporta en las personas el realizar actividad física. Algunos trabajos indican que el ejercicio físico moderado y regular, pueden contribuir a

disminuir los episodios de depresión (Poudeuigne y O'Connor, 2006), de ansiedad (Márquez, Jerome, McAuley, Snook & Canaklisiva, 2002), y ayudar a mejorar el autoconcepto (Gutiérrez, Moreno & Sicilia, 1999).

Por otro lado, en sociedades occidentales como la nuestra el desarrollo de la autoestima se relaciona directamente con la aceptación personal y la competencia percibida. En este sentido, diferentes estudios han señalado la mayor preocupación que muestran las mujeres por su cuerpo y su imagen, siendo más críticas que los hombres (Bane & McAuley, 1998). En la línea de algunos trabajos que indican que la práctica de ejercicio físico tiene efectos positivos en la autoestima y el autoconcepto físico, puede ser muy importante el estudio de los diferentes aspectos del autoconcepto relacionados con las conductas de ejercicio o de sedentarismo, fundamentalmente en mujeres y en distintos grupos de edad, especialmente en la adolescencia.

Respecto a la influencia de la actividad física regular sobre los niveles de estrés se observa que los individuos que practican una actividad física regular presentan un nivel de estrés percibido significativamente menor que aquellos que no lo hacen, además estos efectos parecen persistir al menos por un periodo corto de tiempo. Investigaciones anteriores han descrito efectos similares (Salmon, 2001).

Del mismo modo, estudios sobre la relación entre actividad física y calidad de vida relacionada con la salud (Atlantis, Chow, Kirby & Singh, 2004) han identificado mediante un ensayo clínico aleatorio cambios significativos en

las dimensiones de la calidad de vida después de la participación en un programa de ejercicio físico aeróbico y de pesas.

Parece haber pues bastante evidencia de que la práctica de actividad física está particularmente asociada a niveles más bajos de ansiedad y depresión (Dunn, Trivedi & O'Neal, 2001; Gutiérrez Calvo, Espino, Palenzuela, & Jiménez, 1997; Palenzuela, Gutiérrez-Calvo, & Averó, 1998; Paluska & Schwenk, 2000). O, como señalaron Ramírez, Vinaccia y Suárez (2004), puede considerarse la actividad física como un elemento protector para la aparición de trastornos de personalidad, estrés laboral o académico, ansiedad social, falta de habilidades sociales, disminución del impacto laboral, social y familiar del estrés postraumático.

En consecuencia, parece que en cuanto a los beneficios de la práctica de actividad física sobre la salud mental, los estudios se han centrado principalmente en un modelo patológico de la salud mental, más en que en un modelo salutógeno o positivo. Es decir, la salud mental no sólo consiste en la ausencia de desórdenes psicológicos como la depresión sino en estados psicológicos positivos como el grado de satisfacción con la vida, de autoeficacia percibida, la propia autoestima o de optimismo.

En este sentido, lo que queremos decir es que muchos de los criterios que a menudo describen y recogen constructos y medidas de salud mental suelen corresponderse y estar también presentes en constructos y medidas de personalidad, como autoestima, expectativas de locus de control interno o de

autoeficacia y optimismo. Una reconocida y relativamente reciente teoría sobre salud mental (Taylor & Brown, 1988), vincula esos constructos de personalidad no sólo con la salud mental si no con la salud física. Así, según esta teoría la *salud mental* guarda una estrecha relación con una *visión positiva* de las personas (1) *sobre uno mismo*, (2) *el mundo que les rodea* y (3) *el futuro*. Taylor y Brown (1988) acuñaron la expresión de “ilusiones positivas” para referirse a esos tres recursos psicológicos altamente adaptativos. Concretamente, (1) a la *ilusión positiva sobre el yo*, es decir, una enaltecida visión positiva sobre uno mismo que fomenta una alta autoestima; (2) a la ilusión positiva sobre el mundo, es decir, a una exacerbada percepción de la capacidad de uno para ejercer control sobre el entorno (muy similar a los conceptos de *expectativas de control interno* y de *autoeficacia*); y (3) a la ilusión sobre el futuro, es decir, a una visión exageradamente positiva del futuro, a la que se refieren también con el nombre de *optimismo irrealista*. En sus propias palabras, Taylor y Brown afirman:

“Rather, the mentally healthy person appears to have the enviable capacity to distort reality in a direction that enhances self-esteem, maintains beliefs in personal efficacy, and promotes an optimistic view of the future. These three illusions, as we have called them, appear to foster traditional criteria of mental health, including the ability to care about the self and others, the ability to be happy or contented, and the

ability to engage in productive and creative work". (Taylor y Brown, 1988, p. 204)

Por lo tanto, más allá de los beneficios sobre la salud mental que se derivan de la práctica de la actividad física, nos interesa también explorar en qué medida esos recursos psicológicos de personalidad (autoestima, optimismo, expectativas de locus de control y de autoeficacia) promueven salud mental así como estilos de vida activa (actividad física) y saludable (alimentación sana).

Pero, Taylor (1991) no sólo sostiene que hay una fuerte asociación entre ilusiones positivas y salud mental, también ha demostrado que las personas con una gran autoestima, un sentido de la autoeficacia y una visión optimista del futuro, están más orientadas hacia la salud física igual que lo están hacia la salud mental. Una de las vías por las que las personas optimistas o las que creen poder ejercer control disfrutan de mejor salud física es porque sufren de menos estrés, algo que socava nuestra salud física y cuando menos interfiere con la salud mental, como ha sido bien documentado (v.g., Averill, 1973; Folkman, 1984, Carver, Scheier & Segerstrom, 2010, Carver & Scheier, 2014; Sharot, 2011).

La neurocientífica Tali Sharot señala dos mecanismos por los que el optimismo afecta a la salud física. Veámoslo en sus propias palabras:

Optimism affects physical health in at least two ways. First, expecting positive outcomes reduces stress and anxiety. This is beneficial given

that chronic stress is detrimental to health, causing over-activation of the autonomic nervous system and the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis. Optimists have been reported to catch fewer infectious diseases and have a stronger immune system. Second, it has been suggested that optimism facilitates health-promoting actions. For example, studies show that optimistic patients are more likely to eat healthily and engage in exercise. It seems that the belief in recovery motivates the individual to act in ways that promote it. (Sharot, 2011, p. R944)

De acuerdo con lo revisado en estos últimos párrafos, potentes teorías sobre la salud mental, como la de Taylor, sostienen y han documentado la fuerte asociación entre los recursos psicológicos, lo que podría llamarse buenos indicadores de personalidad saludable, y tanto salud mental como salud física. Además la neurocientífica Tali Sharot, además de sostener que el optimismo facilita la salud física a través de su incidencia en la salud mental (protegiéndonos del estrés y la ansiedad), parece ponernos sobre la mesa que algunos de estos indicadores como el optimismo facilita conductas que promueven salud, de modo que es más probable que los optimistas hagan más ejercicio físico y sigan una dieta saludable.

Estos teorías y estudios de prestigiosos psicólogos como Taylor & Brown, o la neurocientífica Tali Sharot, ponen de relieve el papel que juega el individuo en su salud física y mental a través de indicadores de personalidad saludable que también parecen ir asociados con estilos de vida saludables

como la práctica de la actividad física y una dieta saludable. Parece relevante, pues tener en cuenta y profundizar en esa red de interrelaciones entre los estilos de vida activos y saludables, los recursos de personalidad saludables y el bienestar o salud física y mental.

Por otro lado, una línea de investigación bastante consolidada, al igual que las teorías que la sustentan, tiene que ver con los motivos, los factores que hacen que los adolescentes se adhieran y mantengan estilos de vida activa y saludable, y comprobar sus efectos no sólo sobre la salud física y mental sino también sobre el rendimiento académico. Dentro de esos factores, la literatura sugiere considerar tantos factores sociales como personales o de personalidad.

1.5. Variables personales y sociales que influyen en la adherencia a la práctica de actividad física en adolescentes

Desde una perspectiva histórica, la investigación sobre la adherencia o adhesión a la práctica de actividad física trató, en un primer momento, de hallar los distintos factores predictores de la conducta de actividad física y las relaciones entre dichos factores, siendo criticada por ser excesivamente descriptiva y estudiada desde una perspectiva ateórica (Bar-Eli, Avugos & Raab, 1996). Sin embargo, en los últimos treinta años, el rigor de las investigaciones en esta área se ha equiparado con el resto de estudios del comportamiento humano. Se formulan y aplican teorías y modelos que tratan de explicar la conducta de ejercicio a través de los diferentes factores que la componen.

Debido al creciente desarrollo de los estudios sobre el comportamiento humano, los investigadores en el campo de la salud han desarrollado modelos teóricos que tratan de explicar la conducta humana de forma integral y multidimensional, llegando a formular teorías y modelos de conducta específicos de ejercicio físico.

Como modelos específicos sobre conducta de ejercicio, tres son los más destacados en la literatura: el “Modelo de creencias sobre la salud” de Rosenstock (1974), la “Teoría de la motivación como protección” de Rogers (1983) y la “Teoría del desarrollo del hábito” de Ronis y Harel (1989).

Como señala el profesor Tomás Blasco (Cruz, 1997), los modelos específicos sobre conducta de ejercicio pueden ser entendidos como casos particulares de otros modelos teóricos más generales del comportamiento. Propone que la conducta del ejercicio se debería abordar conceptual y metodológicamente desde una perspectiva general de salud, o desde modelos generales de comportamiento sociocognitivos. La característica unificadora de mayor peso entre las teorías y modelos de conducta de salud y ejercicio, es que todos ellos provienen de una teoría sociocognitiva más general, que comprende la cognición, acción, motivación y emoción del hombre, asumiendo su capacidad de autorreflexión y autorregulación, como determinantes activos de su medio, más que simples reactores pasivos. Así, las personas respondemos cognitiva, afectiva y comportamentalmente ante los sucesos ambientales; pero, más importante, a través del razonamiento también se

ejercita el control sobre el propio comportamiento, el cual influye no sólo en lo ambiental sino también en los estados cognitivos, afectivos y biológicos. El principio de la triple causa recíproca es quizás el más importante supuesto de la teoría sociocognitiva.

Diferentes investigadores, entre otros, Smith y Biddle (1999) coinciden en señalar tres de las teorías y modelos sociocognitivos como los más importantes desarrollados y aplicados para explicar las conductas de salud y ejercicio: la “Teoría de la Acción Razonada” de Fishbein y Ajzen (1975), la “Teoría de la Autoeficacia” de Bandura (1986, 1999) y la “Teoría de la Conducta Planificada” de Ajzen (1991).

Para Weinberg y Gould (1999), varios han sido los modelos para tratar de comprender los procesos de comportamiento de los sujetos respecto al ejercicio físico, e intentar promover la práctica y especialmente la adherencia a la misma. Destacan cuatro modelos o teorías fundamentales: Modelo de Creencias de Salud de Becker y Maiman (1975), Modelo Transteorético de Prochaska y DiClemente (1982), Teoría Socio-Cognitiva de Bandura (1986, 1999) y Teoría del Comportamiento Planeado de Ajzen (1991).

Dada la cantidad de modelos y la limitación de espacio, nos centraremos tres, dos de ellos (la teoría de la conducta planificada, que es una extensión de la teoría de la acción razonada y la teoría socio cognitiva de Bandura) son de los que han mostrado tener mayor utilidad y así ha sido recogido por los diferentes especialistas en el análisis que acabamos de realizar. La tercera

propuesta de la que nos ocuparemos, el modelo de socialización del comportamiento del niño (Taylor, Baranowsky & Sallis, 1994) es menos conocida en este contexto general de teorías socio cognitivas, pero los aspectos sociales y familiares en los que insisten serán de gran utilidad para dirigir los motivos o determinantes sociales-familiares como apoyo e influencia en la práctica de la actividad física y los hábitos alimenticios.

Por último, abordaremos también el modelo de expectativas generalizadas y específicas de control de Palenzuela, pues aunque no es modelo específico de la actividad física y de la conducta de salud, es un modelo totalmente centrado en una variedad de expectativas que recogen en general la mayoría de las teorías socio cognitivas a las que nos hemos referido y aporta aspectos conceptuales de gran interés para los propósitos de nuestra investigación como podrá comprobarse más adelante.

1.5.1. Teoría de la Conducta Planificada

La Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975; Ajzen y Fishbein, 1980) y la Teoría de la Conducta Planificada (Ajzen, 1991) han sido los modelos teóricos más aplicados en la investigación sobre las conductas de salud y ejercicio. Estudios meta-analíticos de Hagger, Chatzisarantis y Biddle (2002) consideran la Teoría de la Conducta Planificada de Ajzen como la de mayor validez predictora, la más acertada en explicar y predecir esas conductas.

La Teoría de la Conducta Planificada es una extensión de la Teoría de la Acción Razonada que surge de las limitaciones del modelo original, para explicar las conductas sobre las que la persona no posee un control volitivo total o completo, como son las conductas de salud y ejercicio.

Según la teoría de la Acción Razonada (Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen & Fishbein, 1980) y Conducta Planificada (Ajzen, 1991), la *intención* es el más importante predictor de la conducta. Para la primera, existen dos determinantes de la intención: la *actitud hacia la conducta* y la *norma subjetiva*. La actitud hacia la conducta es consecuencia de las *expectativas de resultado*, es decir, del grado en que el sujeto cree que la realización de una conducta le proporcionará ciertos beneficios, ponderado por el *valor* que el sujeto atribuye a tales beneficios. La norma subjetiva es el resultado del grado en que el sujeto cree que personas o instituciones relevantes para él piensan que debería o no llevar a cabo cierta conducta, ponderado por el grado en que para el sujeto es importante ajustarse a esas opiniones (motivación de conformidad).

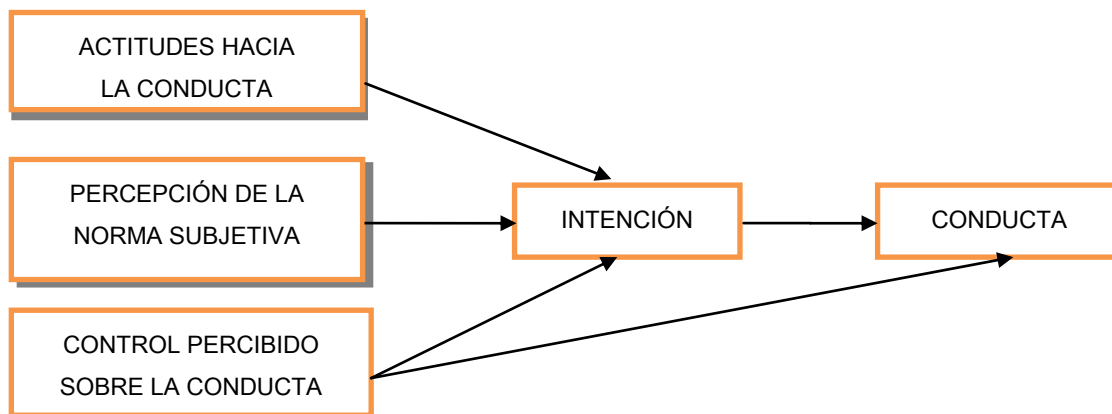


Figura 1. Representación de las teorías de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (1975) y la Conducta Planificada de Ajzen (1991).

Tal como se puede observar en la Figura 1, la Teoría de la Conducta Planificada se diferencia de la Teoría de la Acción Razonada al considerar un tercer y fundamental determinante de la intención: el *control percibido sobre la conducta*, que refleja la percepción de la facilidad o dificultad propia para llevar a cabo un comportamiento de interés, teniendo en cuenta la experiencia pasada y la percepción de barreras y obstáculos. Ajzen (1991) resalta el valor de este elemento al afirmar que, “el control percibido sobre la conducta, junto con la intención, puede ser usados directamente para predecir conductas”. El control percibido sobre la conducta adquiere más valor cuanto más difícil sea mantener el control volitivo sobre la conducta.

Para Ajzen (1991), el concepto de control percibido sobre la conducta es totalmente compatible con el concepto de autoeficacia percibida de Bandura. La importancia de las actitudes hacia la conducta, la norma subjetiva y el control percibido sobre la conducta suelen variar en función de la propia

conducta, de la situación o contexto en que se produzca esa conducta y, del momento (o estado, según Bandura) en que se encuentre la persona respecto a esa conducta; por eso, las actitudes y disposiciones generales no son buenos predictores del comportamiento.

La Teoría de la Conducta Planificada es una teoría diseñada para predecir y explicar comportamientos en contextos específicos y ha demostrado ser de gran valor en el estudio de las conductas de salud y ejercicio. Sin embargo, no está del todo claro que las conductas de ejercicio puedan considerarse como un tipo de comportamiento específico, debido a su enorme variabilidad.

Como afirma el propio Ajzen (1991), al igual que la Teoría de la Conducta Planificada expandió la teoría original de la Acción Razonada agregando el concepto de control percibido sobre la conducta, el modelo propuesto está abierto a la inclusión de predictores adicionales, si se demuestra su eficacia para aumentar la varianza explicada de la intención o el comportamiento.

1.5.2. Teoría de la Autoeficacia

Esta teoría (Bandura, 1986, 1999), propone que los factores personales, de comportamiento y ambientales actúan como determinantes recíprocos e interactivos los unos de los otros. De hecho, esta teoría también es conocida como Teoría del Determinismo Recíproco. No sólo el ambiente afecta a los comportamientos, también los diferentes comportamientos afectan al ambiente.

Además, también los factores de índole personal, como los conocimientos, los pensamientos o las emociones son importantes.

Aparte de esta interacción entre diferentes factores, probablemente el aspecto más crítico de esta aproximación es la creencia individual de que uno puede realizar un comportamiento concreto satisfactoriamente denominada autoeficacia. La creencia de que se puede realizar una determinada acción o comportamiento con éxito, es uno de los factores que más animarán al sujeto a intentarlo. De hecho, esta autoeficacia se ha mostrado como un buen predictor del comportamiento de los sujetos en una gran variedad de situaciones relacionadas con su salud. En la Figura 2 están representadas las variables más relevantes de esta teoría, las relaciones entre sí y con la conducta saludable.

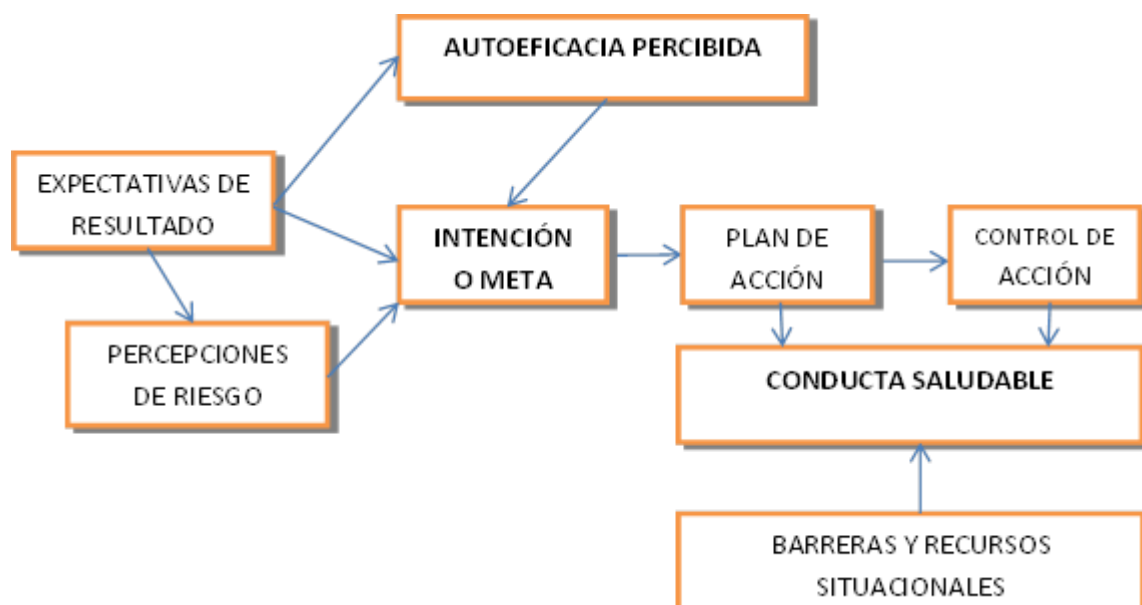


Figura 2. Esquema de la teoría de Autoeficacia de Bandura (1986, 1999).

La idea central de la Teoría de la Autoeficacia de Bandura (1986, 1999) es que la acción humana está regulada principalmente por previsiones, juicios y *expectativas*, acerca de las capacidades y habilidades para obtener éxito al enfrentarse a las demandas ambientales. Las personas establecemos *intenciones y metas* sobre las conductas que queremos adoptar antes de llevarlas a cabo. Este mecanismo anticipatorio de control sobre la conducta implica la formación previa de tres tipos de expectativas: Expectativas de situación-resultado, en las que las consecuencias se producen por los sucesos ambientales o situacionales independientemente de la acción personal; *expectativas de acción-resultado*, en las que el resultado es fruto de la acción personal; *expectativas de autoeficacia* o autoeficacia percibida, es decir, la confianza de la persona en sus capacidades para ejecutar los cursos de acción requeridos para alcanzar el resultado deseado.

Como señala Bandura y corroboran multitud de investigaciones (e.g., Hagger et al., 2002) al añadir las percepciones de autoeficacia a una muestra de predictores no sólo se obtiene un aumento significativo en la varianza explicada, a menudo la autoeficacia pasa a convertirse en el predictor simple más poderoso.

Dentro del marco de la Teoría de la Autoeficacia, la adopción de conductas saludables se considera como un proceso de autorregulación que puede ser subdividido en estadios. En un primer momento, distintas motivaciones nos llevan a formar una intención de cambio. Los subsiguientes

sucesos serán fruto del control volitivo de la persona, siendo considerados como procesos voluntarios. La influencia de los diferentes factores que median en la conducta variará según el estadio en que nos encontremos: de motivación o de adopción de la nueva conducta, y volitivo o de mantenimiento de la conducta adquirida.

Según la Teoría de la Autoeficacia, cuando establecemos una meta o intención conductual, influyen tres grupos de cogniciones o determinantes (véase la Figura 2): Percepciones de riesgo, expectativas de resultado y expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida.

Las percepciones de riesgo incluyen las propias percepciones de vulnerabilidad o susceptibilidad de que una conducta supone un riesgo para la salud, y la gravedad percibida de una enfermedad o de un suceso crítico. Las percepciones de riesgo están a menudo distorsionadas y reflejan un “sesgo optimista” que conducen a subestimar el riesgo real. Como se ha demostrado, ese grado de distorsión optimista es similar en adolescentes y adultos (Bandura, 1999). Las percepciones de riesgo sólo instauran el estadio para las siguientes contemplaciones, por lo que su efecto sobre las intenciones se concibe como más indirecto que directo. Cuando ya se han formado las expectativas de resultado y las percepciones de autoeficacia, el valor motivacional de las percepciones de riesgo es intrascendente, según Bandura (1999).

Tanto las *expectativas de resultado* (situación-resultado y acción-

resultado) como las *expectativas de autoeficacia*, desempeñan un papel influyente en la adopción de conductas saludables, en la eliminación de hábitos perjudiciales y en el mantenimiento del cambio conductual (Bandura, 1999). Las expectativas de resultado (estimación de la probabilidad de que una conducta produzca unos determinados resultados), son fundamentales en la formación de intenciones, pero menos en el control de la acción, por lo que tienen mayor influencia en la adopción de la conducta que en su mantenimiento. Las expectativas de autoeficacia, (confianza de que uno es capaz de modificar las conductas arriesgadas para la salud mediante la acción personal), serán cruciales en ambos estadios de la autorregulación de la conducta saludable. La autoeficacia percibida influye sobre la intención de modificar la conducta de riesgo, sobre la cantidad de esfuerzo invertido para alcanzar esa meta, y sobre la persistencia para continuar luchando a pesar de las barreras y los reveses que podrían debilitar la motivación.

El primer estadio, de motivación, describe qué decide hacer el individuo. Aunque la formación de metas o intenciones sea un buen predictor de la conducta, no necesariamente garantiza su adopción y mantenimiento. En el segundo estadio, de volición, se describe cuánto esfuerzo invierte y durante cuánto tiempo persiste el individuo en esa nueva conducta. El estadio de volición puede describirse sobre la base de tres procesos mediadores: cognitivo, conductual y situacional. Los procesos cognitivos y conductual, son los que instigan y controlan la acción, y se subdividen en planes de acción y

control de acción. Cuando se ha planificado una preferencia por una conducta saludable particular, la intención debe ser transformada en instrucciones detalladas sobre el modo de ejecutar la acción deseada.

Según Bandura (1999), el proceso de volición parece no estar influido por las expectativas de resultado sino por la autoeficacia percibida, porque el número y la calidad de los planes de acción deben depender de la propia competencia o autoeficacia percibida y de la experiencia. Estas cogniciones previas a la acción y posteriores a la intención son necesarias porque de otro modo, la persona actuaría impulsivamente al modo de ensayo y error. Una vez iniciada una acción, es controlada por las cogniciones con el fin de que se mantengan. La acción ha de estar protegida de las interrupciones y de los abandonos prematuros. Mientras se ejecuta la acción, la autoeficacia percibida determina la cantidad de esfuerzo invertido y el nivel de perseverancia. Las personas con dudas sobre sí mismas se inclinan más a anticipar los escenarios de fracaso, se preocupan por sus posibles deficiencias de ejecución y abortan prematuramente sus esfuerzos. Las personas con un sentido optimista de la autoeficacia, por el contrario, visualizan los escenarios de éxito que guían la acción y les permiten perseverar ante los obstáculos. Cuando se encuentran con dificultades imprevistas se recuperan rápidamente. Finalmente, las acciones no sólo están influidas por las intenciones y el control cognitivo, también lo están por el entorno percibido y real. Las barreras y los recursos, o

apoyos situacionales percibidos, constituyen el tercer proceso mediador de la conducta saludable.

1.5.3. Modelo de Socialización del Comportamiento del Niño

Este modelo (Taylor et al., 1994) representa las interacciones entre el entorno del hogar, la conducta y cognición de los padres y la conducta y cognición de los adolescentes. Estos aspectos interactúan como determinantes unos de otros. Los determinantes afectan a cada uno de forma bidireccional en vez de forma unidireccional, y la acción mutua entre los tres determinantes se refiere a lo que se llama la tríada recíproca o el modelo de tríada recíproca.

La perspectiva familiar se expande, desde la teoría cognitiva, desde el individuo o dos o más personas. Las interacciones recíprocas continuas entre el ambiente de la casa (ambiente familiar), la cognición del padre y los comportamientos, y la cognición del adolescente con sus comportamientos. Los padres pueden afectar el comportamiento del adolescente directamente o indirectamente. El aspecto cognitivo de los padres no influye de forma directa en el aspecto cognitivo del adolescente, sino a través de comportamiento. El comportamiento del adolescente puede también afectar al comportamiento del padre, lo cual puede conducir a un modelo circular de influencias que puedan de alguna forma alimentar o desmotivar lo que es la actividad física.

Este modelo se ha extendido de la familia a otras personas relevantes, los “otros significativos” y describe tres componentes de la influencia de estos: La influencia del modelo: se refiere a los patrones de actividad física pasados o

presentes de la familia y de los “otros significativos”, así como hacer ejercicio en compañía de ellos; la influencia social: se refiere al apoyo que brinda estas personas, así como la persuasión, presión, aprobación y las expectativas; la influencia de apoyo social: se refiere a la información sobre actividad física, provisión de material y equipamiento, ayuda con el transporte, desplazamiento y apoyo emocional.

1.5.4. Importancia del *constructo expectativa*

Como ha expresado Palenzuela (2011) todas estas teorías inciden en mayor o menor medida en el constructo expectativa, y la teoría cognitivo social que más profundizó en este constructo, tan ligado a las teorías del aprendizaje desde Tolman, ha sido la Teoría del Aprendizaje Social de Rotter (1954, 1966, 1978). Y no sólo eso, fue además la primera teoría de personalidad derivada de las teorías más empíricas de la primera mitad del siglo XX, como las propias teorías del aprendizaje ya mencionadas así como la Teoría de Campo de Lewin (1951). La teoría de Rotter puso además las bases para uno de los enfoques empíricos de personalidad alternativo a otro enfoque empírico pero más clásico como es la *psicología de los rasgos*. Este nuevo gran enfoque impulsado por Mischel (1973), tras una dura crítica al enfoque de los rasgos, queda bien patente en el título del artículo monográfico de Mischel (1973) *Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality*. Dos de los psicólogos en los que se apoyó Mischel fueron Rotter y Bandura.

Sin embargo, y es lo que nos interesa para esta investigación, como defiende Palenzuela (2011) mientras Mischel o Bandura fueron completamente inflexibles respecto de abordar las variables de la persona(lidad) de este nuevo *enfoque del aprendizaje cognitivo social* sólo en términos específicos, Rotter, no sólo identificó una gran variedad de tipos de expectativas sino que tampoco se limitó a describirlas sólo en términos específicos sino que lo hizo también en términos generalizados, como la expectativa del refuerzo o de resultados; incluso otras expectativas las describió de inicio sólo en términos de expectativas generalizadas, como la expectativa de control interno-externo (I-E) del refuerzo (más conocida como locus de control I-E) y, por lo tanto, como variables más próximas al modo en que son conceptualizados los rasgos dentro del enfoque de los rasgos, es decir, como variables disposicionales. En este sentido, Palenzuela (2011) pone como ejemplo de una de estas variables el optimismo disposicional de Scheier y Carver (1985), que aunque no la hemos utilizado en esta investigación si hemos utilizado otra similar. Palenzuela (2011) viene a decir que el concepto de *optimismo disposicional*, es una especie de reconceptualización de la expectativa generalizada de resultados de la teoría de Rotter en términos de *optimismo*, y en lugar de denominarla optimismo generalizado –propio del lenguaje de las teorías del aprendizaje- le pusieron de “apellido” *disposicional*, propio de la jerga del enfoque de los rasgos. Así Scheier y Carver (1985) definieron optimismo

disposicional como la tendencia (o disposición) a esperar (expectativa) resultados favorables más que desfavorables.

En este contexto teórico de los modelos cognitivo social, y dado que jugará un papel importante en la parte empírica de esta tesis, es obligado mencionar el enfoque de las Expectativas Generalizadas de Control (EGC) desarrollado por Palenzuela (Palenzuela, 1987a, 1987b, 1988, 1990, 1993; Palenzuela, Prieto, Almeida & Barrios, 1997), del que derivarán los conceptos de *optimismo fundado* (OF) y *locus de control externo* (LOC-E). En una línea más próxima a Rotter que a Bandura o Mischel, Palenzuela (2011) también mantiene una postura más flexible y aunque etiqueta su modelo como EGC, al igual que Rotter, también considera que estas expectativas de control pueden ser descritas como expectativas específicas de situaciones o ámbitos de la vida, como puede ser el académico.

En este sentido, Palenzuela (2010) ha desarrollado una Batería de Escalas de Expectativas Específicas de Situaciones Académicas (BEECESA) Palenzuela (2010), cuyos primeros datos psicométricos fueron presentados en el II Congreso Nacional de Psicología Positiva (Palenzuela, Royo, Orejudo & Cano, 2014) y cuya validación se ha realizado recientemente (Royo, 2015).

1.5.5. Enfoque de las Expectativas Generalizadas de Control (EGC)

Palenzuela (2013) sostiene que el constructo *expectativa*, al igual que el de *control*¹ son dos de los conceptos más investigados en la literatura psicológica que están presentes en una gran variedad de teorías psicológicas, como las mencionadas en los párrafos anteriores. Una de las teorías pioneras al respecto es la Teoría del Aprendizaje Social de Rotter (1954) que distinguió distintos tipos de expectativas, como ya se ha dicho, aunque en la formulación inicial de su teoría, Rotter, se refirió sin más a la variable expectativa, y dado que sus raíces estaban en las teorías del aprendizaje no podía ser descrito sino como una *expectativa del refuerzo* (éxito o resultado). Pero pronto consideró la necesidad de desarrollar otros tipos de expectativas, como la ya mencionada *expectativa de control I-E del refuerzo* (Rotter, 1966), introduciendo al mismo tiempo la noción de *control percibido*. Esta nueva expectativa fue descrita directamente en términos generalizados. Posteriormente, Rotter describió otras expectativas ya sólo en términos generalizados, a las que se refirió como expectativas generalizadas de solución de problemas (Rotter, 1978). La primera de estas expectativas fue, precisamente, la expectativa de control I-E del refuerzo, o locus de control, y la segunda, con la que guardaba cierta similitud, fue la *expectativa generalizada de búsqueda de alternativas*.

¹ En este sentido, cabe resaltar que la teoría de la conducta planificada incorporó en su nuevo modelo un constructo que llamo “*control conductual percibido*” y lo equiparó a las *expectativas* de autoeficacia de Bandura. Esto, lo que pone de manifiesto es la importancia que estas

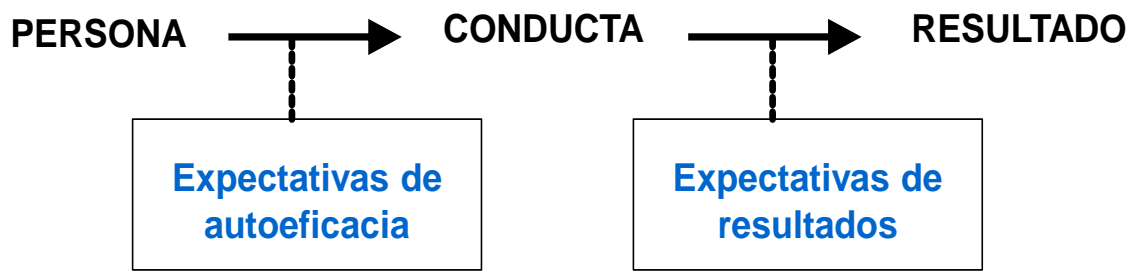


Figura 3. Representación gráfica de las diferencias entre expectativas de autoeficacia y expectativas de resultados según el modelo de Bandura (Adaptado de Bandura, 1977).

Palenzuela (2013), continua argumentando que si la teoría de Rotter fue pionera en cuanto al constructo expectativa y en cuanto a la noción de control, así como en distinguir una amplia variedad de expectativas, la Teoría Cognitivo Social de Bandura (1986)² ha sido una de la teorías más influyentes de la psicología en las últimas décadas, en particular en relación con su modelo de expectativas, diferenciando sólo dos tipos: la *expectativa de autoeficacia* y la *expectativa de resultados* (véase Figura 3).

Como ya ha sido expresado, en comparación con Rotter, en su planteamiento de las expectativas, Bandura ha sido radical al enfatizar la necesidad de describirlas y evaluarlas en términos muy específicos. En cuanto a las expectativas de resultados, Palenzuela (2011) afirma que si tenemos en cuenta el modo en el que Bandura se ha referido ellas, es lógico que sólo

teorías dan al constructo *expectativa* y al constructo *control*, de alguna manera integrados, no mezclados, en el modelo de las expectativas generalizadas de control (EGC) de Palenzuela.

² Inicialmente fue denominada Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1977)

puedan describirse y evaluarse vinculadas a ámbitos y conductas específicas de la actividad humana, dado que hacen referencia a las diversas consecuencias específicas que la gente espera que se deriven de una conducta determinada, como la de practicar actividad física (véase al respecto el apartado referido más arriba sobre la Teoría de Bandura). En cambio, si tenemos en cuenta la esencia o la idea que subyace a la expectativa de autoeficacia, esta puede y de hecho así ha sido considerada, más allá de la perspectiva de Bandura, como una *expectativa generalizada*, quedando más próxima a variables o rasgos descritos dentro del enfoque de los rasgos.

Continuando con el constructo expectativa, y como parece derivarse de los párrafos anteriores, uno de los investigadores que más ha profundizado en ellas tanto desde un punto de vista conceptual como empírico, así como también académicamente, ha sido el profesor Palenzuela. Así, tras revisar críticamente el modo en que se venía utilizando, y concibiendo por parte de algunos modelos, el constructo *expectativa* o el constructo *control percibido* (v.g., Palenzuela, 1984, 1985, 1986, 1987a, 1987b, 1988, 1989, 1990, 1993) propuso un modelo de *expectativas* generalizadas de *control* compuesto inicialmente por tres tipos de expectativas que habían sido objeto de confusión:

- (1) expectativas de autoeficacia, (2) expectativas de locus de *control* I-E y
- (3) expectativas de éxito. Así, este modelo de EGC habla de *expectativas* y de *control*, es decir de *expectativas de control*, como expresión que abarca o integra a las tres expectativas mencionadas, no importa que sólo la expectativa

de locus de control haga mención o lleve en su propia denominación la palabra *control*. Por otro lado, aunque el modelo se denomine expectativas *generalizadas* de control, no significa que porque inicialmente hayan sido formuladas en términos generalizados, como si fueran rasgos o disposiciones de personalidad, no puedan ser descritas en términos más específicos, más en consonancia con los enfoques cognitivo sociales de Bandura o Mischel. Una representación gráfica de este modelo puede contemplarse en la Figura 4, derivada a su vez de la representación gráfica original de Bandura (1977) sobre la diferencia entre las expectativas de autoeficacia y de resultado mostrada en la Figura 3.

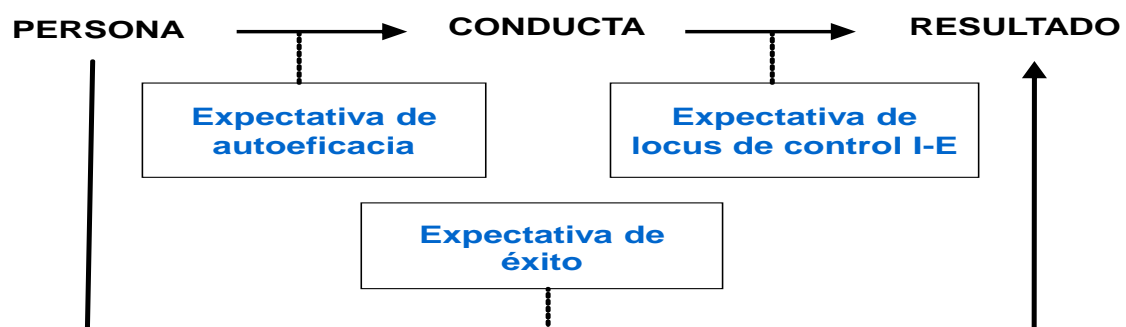


Figura 4. Representación gráfica de las diferencias entre las expectativas de autoeficacia, de locus de control I-E y de éxito (Palenzuela, 1990).

En relación con el modelo de Bandura (1977) representado en la Figura 3, Palenzuela (1986, 1987, 1990) argumentó que si bien podría admitirse la autoeficacia como una nueva expectativa de gran interés para las teorías del aprendizaje social cognitivo, en el caso de la expectativa de resultado, no estaba tan claro su significado y, en cualquier caso, ocultaba y no diferenciaba

entre dos tipos de expectativas claramente descritas en la teoría de Rotter: la expectativa de refuerzo o éxito y la expectativa de locus de control o control I-E.

En todo caso, Palenzuela (1986, 1987b, 2011) defiende que la expectativa de resultado descrita en el modelo de Bandura, y tal como ya se ha indicado, es una expectativa que sólo puede formularse en términos específicos pues se refiere a las consecuencias concretas que pueden derivarse de una conducta concreta como la práctica de la actividad física. Por ejemplo, uno puede pensar que si realiza actividad física esa conducta tendrá una serie de consecuencias (o resultados) específicas beneficiosas. De este modo, la expectativa de resultados del modelo de Bandura se asemeja a la misma expectativa descrita en el modelo de Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (1975). Sin embargo, no encaja en el modelo de EGC de Palenzuela (2013), que mantiene la expectativa de autoeficacia de Bandura y rescata dos de las expectativas más importantes de la literatura, y de la teoría del aprendizaje social cognitivo de Rotter, como son las expectativas de locus de control (LOC) interno-externo (I-E) y las expectativas de éxito (o del refuerzo), ya mencionadas (véase Figura 4).

Por otro lado, Palenzuela (1984, 1988) llevó a cabo una reconceptualización del constructo de locus de control (LOC) I-E. Haremos sólo referencia a los aspectos más relevantes para comprender el uso que se hará de él en esta investigación. Frente a la concepción unidimensional original de su autor (Rotter, 1966), y coincidiendo en parte con otros investigadores como

Levenson (1972), Palenzuela (1984, 1988) presentó un enfoque multidimensional del constructo, sosteniendo que tener una alta expectativa de control interno no implica tener una consecuente baja expectativa de control externo. También ve la necesidad de distinguir entre varias facetas de LOC-E, al menos cuatro facetas: *indefensión* (o no contingencia), *suerte*, *destino* (o fatalismo) y *poderosos*, aunque inicialmente sólo se centró en las dos primeras (indefensión y suerte).

Los primeros datos sobre un test construido para medir estas tres Expectativas Generalizadas de Control fueron presentados en un congreso (Palenzuela, 1990). Estos primeros datos dieron lugar a una primera versión del BEEGC-28 (Palenzuela, Almeida, Prieto & Barros, 1992) de lo que él y sus colegas dieron en llamar Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control (BEEGC), utilizada en una gran variedad de investigaciones (v.g., Cabrejas, 2013; Díez, 1994; González-Tablas, Palenzuela, Pulido, Regidor & Pérez, 2001; Pérez, 2000; Porras, 2014), y luego a una segunda versión más corta BEEGC-20 (Palenzuela, Almeida, Prieto & Barros, 1994; Palenzuela, Prieto, Barros & Almeida, 1997), siendo esta la más utilizada hasta el momento. Ambas contienen cinco escalas, dos de ellas destinadas a evaluar las expectativas de autoeficacia y éxito y las otras tres evalúan el LOC I-E, denominadas (control interno o contingencia, indefensión y suerte).

A comienzos del presente milenio, e influido por el auge de la psicología positiva y del constructo optimismo en particular, Palenzuela comienza a

referirse con la expresión optimismo fundado a la combinación de las expectativas de autoeficacia, de éxito y de control interno (pero no a las de control externo), tal como son medidas a través de la BEEGC-20 (v.g., Contador, Fernández-Calvo, Palenzuela, Miguéis & Ramos, 2012; Contador, Fernández-Calvo, Palenzuela, Ramos, Rivera-Navarro & Menezes de Lucena, 2013). En este sentido, y de acuerdo con este modelo de EGC de Palenzuela, la expectativa de LOC, no solamente deja atrás la perspectiva unidimensional del constructo de LOC I-E de Rotter, sino que se produce una mayor separación entre el control interno y el control externo en la medida en que el control interno pasa a formar parte de un nuevo constructo multifacético denominado optimismo fundado (OF). No obstante, cada uno de los tres componentes del OF (expectativas de control interno, de autoeficacia y de éxito) mantienen su propia identidad y son evaluados por escalas independientes, por lo que pueden ser utilizados como constructos independientes.

Pero justo en los primeros años del presente siglo, Palenzuela (2004, 2008) incorpora a las tres expectativas generalizadas de control medidas a través de la BEEGC-28 y BEEGC-20 otra de las expectativas que Rotter (1978) identificó: la *expectativa de búsqueda de alternativas*, dando lugar a una nueva versión de la BEEGC, pasando a denominarse ahora BEEGC-R. Por lo tanto, un modelo más avanzado del optimismo fundado está configurado por cuatro

expectativas (expectativas de control interno, de autoeficacia y de éxito y de búsqueda de alternativas).

Una representación gráfica de esta nueva configuración del OF, aludiendo también a la parte externa del constructo de LOC, aunque no formando parte del OF, puede contemplarse en la Figura 5, que por un lado representa el modelo general de EGC de Palenzuela y, por otro, los componentes del optimismo fundado y el locus de control externo (LOC-E).

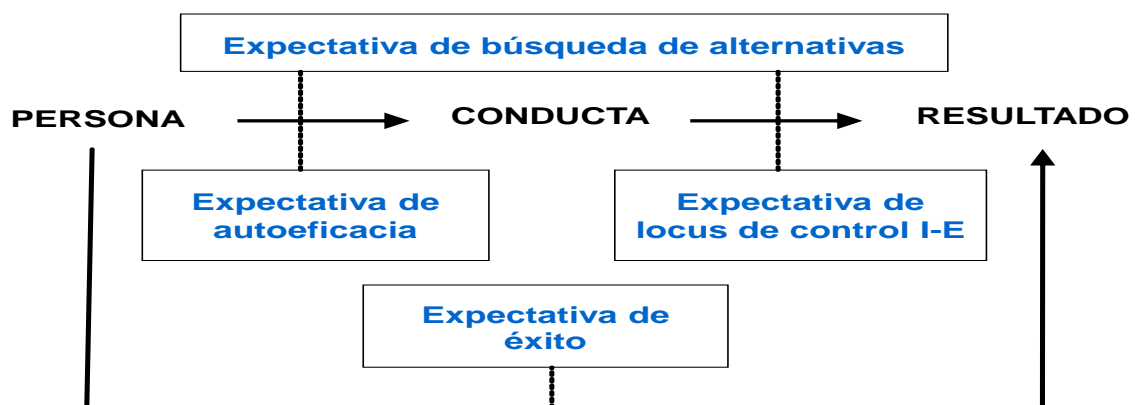


Figura 5. Representación gráfica de las diferencias entre las expectativas de autoeficacia, de locus de control I-E, de búsqueda de alternativas y de éxito (Palenzuela, 2008, 2013).

Palenzuela (2013) ha definido OF del siguiente modo:

La convicción de que uno siente que es capaz de manejarse o desenvolverse, es decir, de controlar o ejercer control (componente de autoeficacia) en un entorno que percibe como controlable (componente de control interno) y de que siempre habrá modos alternativos de enfocar y resolver un problema, o de salir de un bache, por imposible que parezca,

así como de abordar y superar cualquier reto o desafío (componente de búsqueda de alternativas), lo que alimentará una visión, ilusión o expectativa de que las metas, los sueños, se pueden cumplir (componente de éxito). Optimismo fundado sería por lo tanto una combinación de esas cuatro expectativas generalizadas de control: contingencia, autoeficacia, búsqueda de alternativas y expectativa de éxito (Palenzuela, 2013, p.14).

En resumen, dentro del modelo de EGC de Palenzuela se distinguen por un lado cuatro tipos de expectativas: locus de control I-E, autoeficacia, éxito y búsqueda de alternativas. Por otro lado, la combinación de las expectativas de autoeficacia, éxito, búsqueda de alternativas y el locus de control interno (o control interno) da lugar a un constructo multifacético de orden superior denominado optimismo fundado (control interno, autoeficacia, éxito y búsqueda de alternativas). Por último, quedan por separado las expectativas o creencias de locus de control externo (LOC-E: indefensión, suerte, destino y poderosos).

1.5.6. Variables generalizadas (disposicionales) y variables específicas

En los apartados anteriores se han descrito y analizado algunos de los modelos teóricos socio-cognitivos generales como el de Bandura con grandes implicaciones en la comprensión de los estilos de vida activos y saludables. Esos modelos teóricos están vinculados a su vez a uno de los enfoques contemporáneos que fue muy crítico con el enfoque de los rasgos, prevaeciente en el campo de la personalidad hasta ese momento en el que estos nuevos modelos teóricos irrumpieron proponiendo un tipo de variables de

la persona(lidad) ligeramente diferentes al del enfoque tradicional de los rasgos. Una de las cuestiones que les diferencia es que mientras el enfoque de los rasgos describe las variables de personalidad casi exclusivamente en términos *globales*, es decir como variables *disposicionales*, menos sujetas al continuo intercambio con las experiencias del aprendizaje, el enfoque del aprendizaje social cognitivo describe las variables de la persona(lidad) en términos *específicos*, casi exclusivamente. Aunque algunas teorías de este enfoque, como es la teoría pionera del aprendizaje social de Rotter, no sólo describe las variables de la persona(lidad) tanto en términos específicos como generalizados, sino que incluso algunas de ellas lo hizo directamente en términos *generalizados*, expresión utilizada en estas teorías del aprendizaje social cognitivo para referirse a variables o constructos más generales o globales de modo que les acerca más a las variables de las personalidad globales o disposicionales que describe el enfoque de los rasgo, y a las que se suele referir como rasgos o disposiciones.

Una de las variables centrales en la mayoría de estas teorías del aprendizaje cognitivo social, como ya se ha expresado ha sido el constructo expectativa. Una de las más importantes expectativas es la derivada de la teoría de Bandura (1977, 1986) denominada *expectativa de autoeficacia*. Como ya hemos señalado antes, aunque Bandura, a diferencia por ejemplo de Rotter, es totalmente intransigente en cuanto a la posibilidad de que esta expectativa sea abordada en términos generalizados, muchos investigadores han visto la

necesidad de hacerlo (v.g., Baessler & Schwarzer, 1996). De modo que conceptualizada en términos generalizados, es una variable más cercana a las variables disposicionales propias de enfoque de los rasgos y, en particular, al clásico concepto de *autoestima*, algo que ha sido corroborado empíricamente (v.g., Palenzuela, 1991).

Es por eso y por ser una de las variables disposicionales más relevantes y significativas en la literatura psicológica, habiendo sido -tal como ha argumentado Palenzuela (2015)- incorporada en modelos recientes surgidos al amparo de la psicología positiva, como es el caso del constructo “core self-evaluation” de Judge y Bono (2001), o el concepto de orientación positiva o *positividad* (Caprara, Steca, Alessandri, Abela, & McWhinnie, 2010; Caprara et al., 2012), siendo este último una combinación de *autoestima*, satisfacción con la vida y optimismo, por lo que la autoestima ha sido considerada en esta investigación como variable relevante de la persona de naturaleza disposicional, junto con las expectativas generalizadas de *optimismo fundado* y *locus de control externo*. Aparte de que la autoestima ha sido una de las variables psicológicas más investigadas en la literatura sobre la actividad físico-deportiva.

Pero por lo que respecta a las variables de personalidad, y consistentemente con lo analizado y descrito en los apartados anteriores, en esta investigación también utilizaremos las expectativas en términos *específicos* de *situaciones académicas*, que es precisamente un entorno

específico en el que se desenvuelven gran parte del día los adolescentes. De este modo, utilizaremos el optimismo fundado, no sólo como una variable generalizada (o disposicional) en el mismo nivel que la autoestima, sino que también utilizaremos el optimismo fundado como un conjunto de expectativas específicas del ámbito académico, al igual que las expectativas de locus de control externo.

Hasta aquí hemos descrito algunos de los principales modelos teóricos que se ha utilizado en la investigación sobre los determinantes de la adherencia a la práctica de la actividad física, como el modelo de la conducta planificada, la teoría de Bandura o el modelo de Taylor y sus colegas. También hemos descrito el importante papel que el constructo expectativa juega en esas teorías, lo que nos llevó a describir también el enfoque de las EGC de Palenzuela dado que será la base de varias de las variables que se utilizarán en la presente investigación. Dedicaremos el siguiente apartado a revisar algunos de los estudios que han utilizado total, parcialmente, o de un modo combinando estas variables en sus investigaciones sobre los determinantes o predictores de la práctica de la actividad físico-deportiva.

1.5.7. Estudios sobre los determinantes personales y sociales de la práctica de la actividad física

Son varios los estudios con adolescentes que indican que uno de los factores que influyen a la hora de hacer actividad físico-deportiva es la diversión (v.g., Castillo, Balaguer, Duda & García-Merita, 2004; Gálvez, García

& Nicolás, 2007; García, López & Cruces, 2014; Nuviala, Juan, Montes & Suárez, 2006). El estudio de Castillo et al. (2004) también pone de manifiesto el importante papel que juega lo que ellos llaman competencia percibida tanto en el divertimento como en una mayor implicación en actividades deportivas. Además, en este mismo estudio en el que plantearon un modelo de ecuaciones estructurales, la variable diversión-aburrimiento mostró ser un buen predictor de la práctica de actividades deportivas en adolescentes. Resultados similares se han encontrado también en otros estudios (Balaguer, 1998; Page, Ashford, Fox & Biddle, 1993).

La mayoría de los modelos teóricos revisados en apartados anteriores, consideran como un factor importante en la práctica de actividad física por parte de los adolescentes el papel que juegan otras personas importantes y significativas para ellos (como padres, hermanos o amigos). Y esto se produce tanto directa como indirectamente, es decir, tanto al ver cómo esas personas significativas para ellos practican actividades deportivas, como a través del apoyo que de un modo u otro esas personas ofrecen a los adolescentes. Son la Teoría de la Acción Razonada y la Teoría de la Conducta Planificada, así como la Teoría de Taylor et al. (1994) las que tal vez mayor peso colocan a esos apoyos e influencias sociales de personas significativas como determinantes de la práctica de actividad física de los adolescentes. En este sentido, son muchos los estudios que indican que la actividad física de los otros significativos influye directamente sobre la práctica de actividades físicas de los adolescentes

(Anderssen & Wold, 1992; Castillo, Balaguer, Duda & García-Merita, 2004; Sallis & Owen, 1999; Wold & Hendry, 1998), así como también sobre su percepción de competencia deportiva (Biddle & Goudas, 1996; Castillo et al., 2004), mostrándose que a mayor número de otros significativos activos, mayor nivel de práctica de los adolescentes (Castillo et al., 2004; Freedson & Evenson, 1991; Wold & Anderssen, 1992). También se ha encontrado que cuanto más competentes perciben los padres a sus hijos, mayor será la participación de éstos en actividades físicas y en deporte (Bois, Sarrazin, Brustad, Trouilloud & Cury, 2002; Dempsey, Kimiecik & Horn, 1993; Eccles, Jacobs & Harold, 1990; Fredricks & Eccles, 2003).

En esta línea de identificar los factores personales y sociales que pueden ser predictivos de la práctica de actividad física, dentro de la Psicología del deporte, se ha desarrollado la Psicología del Ejercicio que estudia los diferentes factores psicológicos que propician estilos de vida más activos y menos sedentarios en la población general (Rejeski & Gauvinn, 1993). Entre estos factores cabe destacar los antecedentes como, por ejemplo, la historia previa de ejercicio, las expectativas de autoeficacia y resultados, y las actitudes sobre el ejercicio y los consecuentes como el logro de los objetivos propuestos, el disfrutar con la actividad física o el conseguir una buena relación social con otros individuos que realizan el programa de ejercicio.

Por último, como señalan Puyal, Lanaspá y Casterad (2010) distintos modelos sobre la adherencia a la práctica de la actividad física plantean la

importancia de lo que se suelen denominar *barreras* como obstáculos para realizar dicha conducta. Diversos estudios ponen de manifiesto la relevancia de dicho factor (v.g., Sallis & Owen, 1999; Pate, Freedson, Sallis, Taylor, Sirard, Trost, et al., 2002). El propio estudio de Puyal et al. (2010) muestra que todas las barreras se correlacionaron inversamente con la realización del ejercicio. Los sujetos del género femenino, los del segundo ciclo educativo, y los que habitan en la ciudad reconocieron más barreras para realizar actividad física, al igual que los clasificados como inactivos. La falta de tiempo fue la razón más frecuente entre la muestra estudiada para no realizar actividad física. Se ha constatado que la falta de tiempo es la principal barrera para la realización de actividad física y que los sujetos menos activos y los del género femenino son los que más barreras perciben.

1.6. Estilos de vida activa y saludable, personalidad y rendimiento académico en adolescentes

Se ha encontrado una relación positiva entre la práctica de la actividad física y el rendimiento académico en varios estudios realizados por el departamento de educación del estado de California en los EEUU (Dewyer et al., 1983, 2001; Linder, 1999, 2002; Shephard, 1997, Tremblay , Inman & Willms, 2000) que apoyan la idea de que el dedicar un tiempo sustancial a actividades físicas en las escuelas, puede traer beneficios en el rendimiento académico de los niños, e incluso sugieren que existen beneficios, de otro tipo, comparados con los niños que no practican deporte.

Los jóvenes que practican actividad física adicional a la contemplada en los programas de formación en las escuelas tienden a mostrar mejores cualidades como un mejor funcionamiento del cerebro, en términos cognitivos, niveles más altos de concentración de energía, cambios en el cuerpo que mejoran la autoestima, y un mejor comportamiento que incide sobre los procesos de aprendizaje (Tremblay et al., 2000).

Cocke (2002) indica que tres de los estudios presentados en la sociedad de neurología en el 2001, sugieren que “el ejercicio regular puede mejorar el funcionamiento cognoscitivo y aumentar, en el cerebro, los niveles de las sustancias responsables del mantenimiento de la salud de las neuronas”.

Las cualidades del cerebro que se mejoraron se asociaron a la actividad física regular y consisten en el alto flujo de sangre que recibe el órgano, los cambios en los niveles hormonales, la asimilación de los nutrientes, y la mayor activación del mismo (Shephard, 1997).

Los jóvenes que practican actividad adicional a la contemplada en los programas de formación en las escuelas tienden a mostrar mejores cualidades como un mejor funcionamiento del cerebro; en términos cognitivos, niveles más altos de concentración de energía, cambios en el cuerpo que mejoran la autoestima, y un mejor comportamiento que incide sobre los procesos de aprendizaje (Cocke, 2002; Dwyer et al., 1983; Shephard, 1997; Tremblay et al., 2000).

La función del cerebro puede también estar beneficiada indirectamente por la actividad física debido a la generación creciente de la energía a partir del tiempo que permanecen fuera del aula; el incremento de los niveles de energía en esta situación puede disminuir la desmotivación de los niños en el aula, provocando mayores niveles de atención cuando regresan a recibir instrucciones (Linder 1999).

OBJETIVOS

2. Objetivos

Tras el análisis conceptual y revisión realizados de estudios sobre los estilos de vida activa y saludable, la salud física y mental, el papel del propio individuo sobre sus propios recursos saludables y la influencia de todo ello en el rendimiento académico de los adolescentes, trataremos de concretar los objetivos que nos proponemos en esta investigación.

1º Conocer la práctica de la actividad física, alimentación, descanso, variables personales y sociales en la adherencia a la práctica de actividad física, salud física, salud mental, calidad de vida y rendimiento académico en adolescentes.

2º Analizar la relación entre práctica de actividad física y *salud física* en adolescentes.

3º Analizar la relación entre personalidad, estilos de vida activa y saludable y *salud mental* en adolescentes.

4º Identificar variables personales y sociales que influyen en la adherencia a la práctica de actividad física en adolescentes.

5º Analizar la relación entre personalidad, estilos de vida activa y saludable con el rendimiento académico en adolescentes.

METODOLOGÍA

3. Metodología

3.1. Diseño y ámbito del estudio

Estudio descriptivo transversal, desarrollado con alumnos adolescentes de Enseñanza Secundaria Obligatoria de un centro de titularidad pública de Salamanca, España.

3.2. Sujetos de estudio

La población de estudio fue la totalidad de los alumnos (302) matriculados en los cursos de 1º, 2º, 3º y 4º de la ESO de un instituto de educación obligatoria de titularidad pública de Salamanca durante los cursos académicos 2012/2013 y 2013/2014.

La distribución por niveles académicos fue la siguiente:

1º ESO. Número de alumnos participantes: 64: Chicas: 36. Chicos: 32. (6 repetidores).

2º ESO. Número de alumnos participantes: 80: Chicas: 40. Chicos: 40. (6 repetidores).

3º ESO. Número de alumnos participantes: 66: Chicas: 36. Chicos: 30. (6 repetidores).

4º ESO. Número de alumnos participantes: 70: Chicas: 36. Chicos: 34. (3 repetidores).

En los criterios de inclusión, además de pertenecer a los cursos referidos se solicitó la autorización pertinente de sus padres o tutores al ser menores de edad.

Criterios de exclusión: alumnos que no fueron autorizados por sus padres o tutores (14 alumnos) y los participantes que no asistieron a algunas de las sesiones en las que se aplicaron los instrumentos de obtención de información (8 participantes).

El número de integrantes de la muestra fueron 280 adolescentes (148 mujeres y 132 varones).

3.3. Fuente de información

Una vez seleccionados los adolescentes, se les explicaron los objetivos del estudio, tanto a ellos como a sus padres o representantes legales. La información se recogió mediante cuestionarios autoadministrados en el aula y/o gimnasio en presencia del doctorando por los propios alumnos, previa explicación del doctorando. Las pruebas de exploración física y datos antropométricos y cifras de presión arterial fueron recogidas por el doctorando en calidad de profesor de educación física del centro docente de los alumnos participantes en el estudio. Los cuestionarios utilizados quedan recogidos en anexos al final de esta Tesis Doctoral.

3.4. Variables y cuestionarios aplicados

Se recogió todo tipo de información que permitiera identificar las características sociodemográficas de los participantes: sexo, edad, localidad de residencia, convivencia familiar, número de hermanos, situación laboral y nivel formativo de los padres.

Cuestionarios, pruebas de condición física y obtención de medidas antropométricas y de recogida de datos relacionados con características sociodemográficas.

3.4.1. Medidas realizadas sobre estilos de vida activa y saludable en adolescentes

3.4.1.1. Práctica de Actividad Física

La valoración de la Actividad Física fue recogida con el Cuestionario Internacional de Actividad Física, 2000 (IPAQ) que recoge la frecuencia, intensidad y duración de la actividad física durante una semana.

La versión aplicada consta de 5 campos de actividad sobre los que se pregunta individualmente. Se trata de un instrumento común que se utiliza para obtener información internacional comparable sobre la actividad física relacionada con la salud.

Los antecedentes de IPAQ radican en el desarrollo de un sistema de medición internacional de la actividad física iniciado en Ginebra en 1998, y continuó con ensayos extensivos de confiabilidad y validación llevados a cabo

en 12 países (14 lugares), en 6 continentes durante el año 2000. Los resultados finales sugieren que estas mediciones tienen atributos aceptables de medición para aplicar en muchos escenarios y en diferentes idiomas, y son adecuados para los estudios de prevalencia basados en poblaciones nacionales sobre la participación en la actividad física.

Para que los participantes tengan una información objetiva a la hora de responder al cuestionario, se le entrega un diario de actividad física para que anote en cada uno de los siete días la duración de cada actividad atendiendo a su intensidad. Para diferenciar esta, se le aporta a modo de referencia tipos de actividades e indicador fisiológico a tener en cuenta:

- Actividad física suave (respiración normal, sin sudoración aparente): caminar despacio.

- Actividad física moderada (respiración más rápida de lo normal y ligera sudoración transcurridos unos diez minutos de la actividad): pasear a ritmo ligero, cargar objetos ligeros, andar en bicicleta a paso regular, jugar dobles de tenis.

- Actividad física intensa (respiración considerablemente más rápida de lo normal y visible sudoración al poco de comenzar el ejercicio): andar rápido en bicicleta, levantar objetos pesados, cavar, actividades deportivas.

Para la valoración de los resultados del test debe tenerse en cuenta las siguientes ponderaciones y la unidad de medida del test (METs):

Caminatas: 3'3 METs x minutos de caminata x días por semana.

Actividad Física Moderada: 4 METs x minutos x días por semana.

Actividad Física Vigorosa: 8 METs x minutos x días por semana.

Total = caminata + actividad física moderada + actividad física vigorosa.

Criterios a tener en cuenta en la clasificación de la actividad física:

Actividad Física Moderada: Si realiza 3 o más días de actividad física vigorosa por lo menos 20 minutos por día, o 5 o más días de actividad física moderada y/o caminata al menos 30 minutos por día, o 5 o más días de cualquiera de las combinaciones de caminata, actividad física moderada o vigorosa logrando como mínimo un total de 600 METs.

Actividad Física Vigorosa: Si realiza por lo menos 3 días por semana logrando un total de al menos 1500 METs.

3.4.1.2. Calidad de la dieta, descanso y sueño

La calidad de la dieta se evaluó con el **Cuestionario de Cumplimiento de Dieta Mediterránea** (PREDIMED, 2009). El cuestionario consta de 14 ítems. Cada ítem se puntúa como 0 ó 1. Su puntuación es la suma de los puntos obtenidos en la totalidad de los ítems. Si la puntuación es superior a 8 puntos se consideró que el sujeto cumplía la dieta mediterránea. Atendiendo a la edad de los participantes no se consideró el ítem 8 (“¿bebe usted vino? Cuantos consume a la semana?”) y por lo tanto la puntuación de corte se consideró sobre una posible puntuación máxima de 13.

Para evaluar la cantidad de horas de descanso y sueño se utilizó el **Cuestionario DEFA incluido en la ENSA 2011/12 (INE, 2012)**.

El **ítem nº 1** recoge el número total de horas que duerme al día habitualmente, independientemente de si se hace en un período o en varios a lo largo del día, por lo que se incluyen las horas de siesta en el caso de que se duerma y el **ítem nº 2** recoge la frecuencia con la que los sujetos del estudio realizan actividad física. Se evalúa mediante una pregunta cerrada de opción múltiple, con 4 opciones:

- No hago ejercicio. El tiempo libre lo ocupo de forma casi completamente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine, etc.).

- Hago alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades recreativas que requieren un ligero esfuerzo, etc.).

- Hago actividad física varias veces al mes (deportes, gimnasia, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc.).

- Hago entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana.

El **ítem nº 5** recoge la frecuencia en consumo de alimentos agrupados en quince preguntas.

La oficina Europea de Estadística (Eurostat) de la Comisión Europea como los Estados Miembros de la Unión Europea consideran que al igual que el ejercicio físico, el consumo de frutas y verduras constituye un determinante

fundamental para un buen estado de salud, de ahí el interés por incluir preguntas que midan el consumo de estos alimentos.

Se evalúa a través de 15 preguntas la frecuencia con que se consumen **alimentos**, en una escala tipo Likert, desde “1” (nunca o casi nunca) hasta “5”(a diario). Aplicándole el análisis factorial a los ítems nos permite distribuirlos atendiendo al tipo de dieta a la que contribuyen:

Dieta saludable: ítems 1, 4, 7, 15 (consumo de fruta fresca; pescado; verduras, ensaladas y hortalizas; zumo natural de frutas o verduras). La puntuación oscila entre 0 y 20 puntos. A mayor puntuación indica mayor nivel de seguimiento de dieta saludable.

Dieta no saludable: ítems 9, 11, 12, 13, 14 (consumo de embutidos y fiambres; dulces; refrescos con azúcar; comida rápida; aperitivos o comidas saladas de picar) La puntuación oscila entre 0 y 25 puntos. A mayor puntuación indica mayor nivel de seguimiento de dieta no saludable.

3.4.2. Medidas realizadas sobre salud física en adolescentes

3.4.2.1. Cuestionario sobre identificación de dolencias diagnosticadas y problemas físicos

Recoge la presencia/ausencia de dolencias y/o problemas físicos en los siguientes ámbitos: alergia, respiratorio, circulatorio, neurológico, digestivo, locomotor, dermatológico, ginecológico, ORL.

3.4.2.2. Medidas antropométricas, toma de la presión arterial y frecuencia cardiaca en adolescentes

Peso: Se determinó con el sujeto en ropa deportiva ligera, descalzo, con una báscula electrónica, precisión 100 gr., correctamente calibrada. Taurus, modelo Munich, typ: TGB-107.

Talla: Se realizó con el alumno de pie, erecto y descalzo, con los pies unidos por los talones formando un ángulo de 45 grados, la cabeza situada en el plano de Frankfurt en posición horizontal.

Índice de Masa Corporal (IMC): El índice de masa corporal se define como la relación entre el peso del individuo (expresado en kilogramos) y el cuadrado de la talla (expresada en metros). $ICM = \text{kg} / \text{m}^2$.

La clasificación de categorías según el IMC para los menores de 18 años se ha realizado para el peso insuficiente, según la propuesta de Cole, Flegal, Nicholls y Jackson (2007) y para obesidad y sobrepeso, según Cole, Bellizzi, Flegal y Dietz (2000). Establece patrones de sobrepeso y obesidad en niños a nivel internacional.

Presión arterial clínica (sistólica y diastólica) y frecuencia cardiaca en reposo: La medición de la presión arterial clínica (PAC), se realizó siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Europea de Hipertensión (SEH), en todos los sujetos incluidos en el estudio por el doctorando, en calidad de profesor de educación física. Se realizaron 2 tomas de la presión arterial sistólica (PAS), de

la presión arterial diastólica (PAD) y frecuencia cardíaca. Se utilizó un tensiómetro modelo Omron Intellisense validado por SEH (Mancia et al., 2013). Las mediciones se realizaron en el brazo dominante de los participantes, en posición sentado después de al menos 5 minutos de descanso, con un manguito de tamaño apropiado a la circunferencia del brazo superior y siguiendo las recomendaciones de la SEH. Utilizamos la segunda medidas como cifras de referencia de la presión arterial clínica y frecuencia cardíaca, siguiendo las recomendaciones de SEH (Mancia et al., 2013).

3.4.3. Medidas realizadas sobre salud mental en adolescentes

La evaluación de la salud mental se ha realizado con los siguientes cuestionarios:

3.4.3.1. Escala de Autoestima

La escala RSE (Rosenberg, 1965) es autoaplicable, consta de 10 preguntas. Ha sido adaptada a adolescentes españoles por Atienza, Moreno, y Balaguer (2000).

El orden de la escala de respuesta, Rosemberg lo planteó al contrario de lo habitual. Las escalas de respuesta de todos los test (sean de 0-4, de 1-5, de 1-7, etc.) empiezan por el Totalmente en Desacuerdo hasta el Totalmente de acuerdo. Se modificó el orden de la escala original y se planteó el siguiente orden de la escala: (1) totalmente en desacuerdo, (2) en desacuerdo, (3) de acuerdo, (4) totalmente de acuerdo.

En cuanto a la interpretación de los resultados se considera modelo unifactorial propuesto por Rosemberg (1965). Autoestima global: ítems invertidos: 3, 5, 8, 9, 10. La puntuación media de cada sujeto oscila entre 10 y 40 puntos. A mayor puntuación indica mayor nivel de autoestima. El análisis de fiabilidad, alfa de Cronbach, global para la autoestima en el presente estudio es de .86

3.4.3.2. Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control

La batería BEEGC-R33 (Palenzuela, 2013) es autoaplicable, consta de 33 ítems, de los que 16 valoran las expectativas generalizadas de control de naturaleza positiva u optimista, 12 ítems están relacionados con creencias de control externo y 6 con optimismo infundado. Para valorar sus ítems se utiliza escala tipo Likert, desde “1” (estoy totalmente en desacuerdo) hasta “9” (totalmente de acuerdo). Con el evaluamos los siguientes aspectos:

Optimismo Fundado. Expectativas generalizadas de control de naturaleza positiva u optimista:

- **Control interno.** El grado en que uno cree que su entorno personal y significativo es controlable, que los sucesos de su vida serán contingentes o dependientes de sus propias acciones o conductas). Ítems: 1, 10, 21, 31.

- **Autoeficacia.** El grado en que uno se cree con capacidad de ejercer control en ese entorno que percibe como controlable y así desenvolverse y poder afrontar eficazmente los desafíos de la vida. Ítems: 2, 11, 22, 33.

- **Expectativa de éxito.** El grado en que uno tiende a mantener una actitud optimista en cuanto a las cosas (metas) que desea alcanzar en su vida. Ítems: 3, 12, 19, 20.

- **Búsqueda de Alternativas.** El grado en que uno tiende a pensar que puede haber soluciones alternativas para los problemas de su vida. Ítems: 4, 13, 20, 29.

Es por lo tanto una combinación de las escalas de Control Interno, Autoeficacia, Búsqueda de Alternativas y Expectativa de Éxito. Se proporcionan puntuaciones por cada una de las cuatro escalas y una puntuación global de optimismo fundado. La puntuación media de cada sujeto oscila entre 1 y 9 puntos. A mayor puntuación indica mayor nivel de optimismo fundado.

El análisis de fiabilidad, alfa de Cronbach, global para el optimismo fundado en el presente estudio es de .92

Control Externo. Palenzuela (2013) ha distinguido cuatros facetas del control externo:

- **Indefensión:** grado en el que uno piensa que no habrá contingencia entre sus conductas y lo que le pueda suceder, es decir que las cosas que le sucedan serán independientes de sus acciones o conductas. Ítems: 5, 14, 23, 25, 32.

- **Creencia en la suerte:** grado en el que uno cree que el azar y la casualidad determinan muchas de las cosas que pueden sucedernos en la vida. Ítems: 6, 15, 24.

- **Creencia en el destino:** grado en el que uno cree que todo lo que pueda sucederle en la vida está predestinado. Ítems: 7, 16, 26.

Se proporcionan puntuaciones por cada una de las tres escalas y una puntuación global de optimismo infundado al tener en común la idea o creencia de que las cosas que puedan sucederles en su vida están fuera de su control. La puntuación media de cada sujeto oscila entre 1 y 4 puntos. A mayor puntuación indica mayor nivel de creencias de control externo. El análisis de fiabilidad, alfa de Cronbach, global para el control externo en el presente estudio es de .80

3.4.3.3. Escala de Satisfacción con la Vida

El cuestionario SWLS (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985) es autoaplicable, consta de 5 ítems. Junto al cuestionario PANAS configuran el Bienestar Subjetivo de acuerdo con el modelo de Diener, aunque suyo sólo es el SWLS. Hemos utilizado la versión castellana de Atienza, Moreno & Balaguer (2000a, 2000b).

Para valorar los ítems se utiliza la escala tipo Likert, desde “1” (estoy totalmente en desacuerdo) hasta “7” (totalmente de acuerdo). La puntuación media de cada sujeto oscila entre 1 y 7 puntos. A mayor puntuación indica

mayor nivel de satisfacción con la vida. El análisis de fiabilidad, alfa de Cronbach, global para la satisfacción vital en el presente estudio es de .83

3.4.3.4. Escala del Afecto Positivo y Negativo

El cuestionario **PANAS** (Watson, Clark & Tellegen, 1988) de autoinforme de 20 ítems, es una de las medidas del afecto más empleadas que posee excelentes propiedades psicométricas con muestras de Estados Unidos.

Evidencia reciente sugiere que la estructura de la afectividad está conformada por dos grandes dimensiones relativamente independientes entre sí, denominadas afecto positivo y negativo.

Sandín (2002) confirma, con sus estudios, que la versión española ha demostrado poseer excelentes propiedades psicométricas, elevada consistencia factorial y las dos subescalas poseen gran nivel de consistencia interna.

Para valorar sus ítems se utiliza escala tipo Likert, desde “1” (pocas veces o casi nunca) hasta “5” (muchísimo). La puntuación media de cada sujeto oscila entre 1 y 5 puntos. En la subescala de afecto positivo, a mayor puntuación indica mayor nivel de afecto positivo. En la subescala de afecto negativo, a menor puntuación indica menor nivel de afecto negativo.

Afecto positivo. Ítems: 1, 3, 5, 9, 10, 12, 14, 16, 17, 19.

Afecto negativo. Ítems: 2, 4, 6, 7, 8, 11, 13, 15, 18, 20.

El análisis de fiabilidad, **alfa de Cronbach**, global para el afecto positivo en el presente estudio es de .81 y para el afecto negativo de .84

3.4.3.5. Cuestionario de Salud Mental

El GHQ-12 (Goldberg & Williams, 1988) es un instrumento que valora la salud mental general y está compuesto por 12 preguntas sobre los siguientes temas: pérdida de concentración, pérdida de sueño, desempeño de un papel útil en la vida, toma de decisiones, sensación de agobio y tensión, superación de dificultades, disfrute de las actividades cotidianas, afrontamiento de los problemas, sensación de depresión, pérdida confianza en uno mismo, duda sobre la propia valía y sensación de felicidad.

Rocha et al. (2011), confirman las propiedades psicométricas de este instrumento en población española.

Ítems invertidos: 2, 5, 6, 9, 10, 11.

Para valorar sus ítems se utiliza escala tipo Likert, desde "0" (nunca) hasta "4" (muy a menudo). La puntuación media de cada sujeto oscila entre 0 y 4 puntos. A mayor puntuación indica mayor nivel de salud mental general. El análisis de fiabilidad, alfa de Cronbach, global para la salud mental en el presente estudio es de .85

3.4.3.6. Escala de Estrés Percibido

La escala PSS-14 (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983) es un instrumento de autoinforme de 14 ítems que evalúa el nivel de estrés percibido

durante el último mes. Para valorar sus ítems se utiliza escala tipo Likert, desde “0” (nunca) hasta “4” (muy a menudo).

Ítems invertidos: 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (en el sentido siguiente: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0). La puntuación media de cada sujeto oscila entre 0 y 4 puntos. A mayor puntuación indica mayor nivel de estrés percibido. Ha sido adaptada y validada en España por Remor y Carroble (2001); Remor (2006). El análisis de fiabilidad, alfa de Cronbach, global para el estrés percibido en el presente estudio es de .81.

3.4.3.7. Cuestionario de Calidad de Vida

El cuestionario KIDSCREEN-10 (Grupo Europeo Kidscreen, 2010) es autoaplicable, consta de 10 ítems. Los cuestionarios se desarrollaron simultáneamente en 13 países europeos, con especial atención a los conceptos de infancia, la salud y el bienestar.

Los instrumentos KIDSCREEN están conceptualmente basados en la definición de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) como un constructo multidimensional que cubre los componentes físicos, emocionales, mentales, sociales y de conducta, del bienestar y de las funciones percibidas por pacientes y/o otros individuos entre 8 a 18 años.

El índice KIDSCREEN-10 incluye una medición de la CVRS global. De esta manera los cuestionarios miden la calidad de vida desde el punto de vista del niño o adolescente con respecto a la integridad física, mental y social y

bienestar. Contribuye a identificar sujetos susceptibles en base a su percepción de la salud, para formular recomendaciones para las intervenciones adecuadas.

Para valorar sus ítems se utiliza escala tipo Likert, desde “1” (nada) hasta “5” (muchísimo). Ítems invertidos: 3 y 4 (en el sentido siguiente: 1= 5, 2= 4, 3= 3, 4= 2, 5 = 1). La puntuación media de cada sujeto oscila entre 1 y 5 puntos. A mayor puntuación indica mayor nivel de calidad de vida. El análisis de fiabilidad, alfa de Cronbach, global para la calidad de vida en el presente estudio es de .79

3.4.4. Medidas realizadas sobre variables personales y sociales que influyen en la adherencia a la práctica de actividad física en adolescentes

Para ello hemos utilizado los siguientes cuestionarios:

3.4.4.1. Estudio sobre Actividad Física y Salud. Encuesta para estudiantes

Fue elaborado por la Universidad Europea de Madrid (Montil, 2004) y es autoaplicable. Se trata de una adaptación del cuestionario de Aznar (1998) basadas en el cuestionario de Influencias de Taylor et al. (1994) y de McMurray et al. (1993).

Las diferentes preguntas de este cuestionario tratan de recoger información sobre: Características sociodemográficas de los sujetos. Actitudes y conductas de los “otros significativos”. Auto-eficacia percibida. Actitud hacia la Actividad Física y la Educación Física. Adherencia a la actividad física. Intenciones futuras de práctica y barreras percibidas para la práctica.

Su estructura general aparece dividida en secciones:

Sección A: (preguntas 1 a 5). La pregunta 1 es cerrada y el resto son preguntas abiertas cuantitativas. Se recoge información sobre diferentes variables sociodemográficas, en concreto: ¿Con quién viven?, ¿Hermanos?, ¿Hermanas?, Horas de televisión durante la semana, Horas de televisión durante el fin de semana.

Sección B: (preguntas 6 a 17). Con estas preguntas evaluamos la influencia del modelo (ítems 7, 8), el apoyo social (ítems 6, 11, 17) y la influencia social de los “otros significativos” (ítems 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16) propuestos como determinantes de la conducta de actividad física desde el Modelo Socio-Cognitivo de Taylor et al. (1994), adaptadas del cuestionario de Aznar (1998) y basadas en el Cuestionario de Influencias de Taylor et al. (1994) y de McMurray et al. (1993).

El análisis de fiabilidad, alfa de Cronbach, de esta sección del cuestionario es de .96.

Para la medición del grado en que los sujetos perciben las diferentes actitudes y conductas expresadas en estos ítems se utilizó una escala tipo Likert con un número par de opciones (de seis opciones de respuesta) con objeto de evitar respuestas intermedias, en la que uno se correspondía a “Nunca” y seis a “Muy a menudo”. El estudio llevado a cabo por Aznar (1998), con edades entre 12 y 13 años, mostró una consistencia interna de 0.87 para

los ítems que evalúan la Influencia del Modelo, de 0,71 para los ítems que evalúan la Influencia Social y 0.90 para los de Apoyo Social. La puntuación media de cada sujeto oscila entre 1 y 6 puntos. A mayor puntuación indica mayor nivel de apoyo social e influencia del modelo y social relacionada con la práctica de actividad física.

Sección C: (preguntas 18 a 21). La pregunta 18 es cerrada, de opción múltiple (5 opciones) y evalúa la auto-eficacia percibida (Bandura, 1997) en relación a la coordinación, traducida de Aznar (1999).

Las preguntas 19 y 20 evalúan sobre el disfrute de la actividad física y de las clases de Educación Física. Se responde sobre una escala tipo Likert de 6 puntos, desde uno que se corresponde con “No, es muy desagradable” a seis que se corresponde con “Sí, es muy agradable”. La puntuación media de cada sujeto oscila entre 1 y 6 puntos. A mayor puntuación indica mayor nivel de disfrute al practicar actividad física.

En la pregunta 21, elaborada por Montil (2004), se evalúa el estado de cambio en el que se encuentran los sujetos mediante una pregunta cerrada de opción múltiple, con 5 opciones que reflejan los cinco estados propuestos por el Modelo de los Estados de Cambio (Prochaska & DiClemente, 1983) respecto al comportamiento de ejercicio (Pre-contemplación, Contemplación, Preparación, Acción, Mantenimiento).

Sección D: (preguntas 22 a 24). En estas preguntas se evalúa la intención de realizar actividad física en el futuro a corto, medio y largo plazo, en una escala tipo Likert de seis puntos. En esta escala el uno se corresponde a “No, es muy poco probable” y el seis corresponde a “Sí, es muy probable”. Estas preguntas han sido adaptadas de Sallis (2000). El análisis de fiabilidad, alfa de Cronbach, de esta sección en el presente estudio es de .81. La puntuación media de cada sujeto oscila entre 1 y 6 puntos. A mayor puntuación indica mayor nivel de intención de practicar actividad física.

Sección E: (pregunta 25). En esta sección se evalúa el grado en que los sujetos perciben la presencia de distintas barreras a la hora de realizar actividad física mediante una adaptación de la escala de barreras utilizadas por Tappe, Duda & Ehrnwald (1989) y la utilizada por Sallis (1995).

El análisis de fiabilidad, alfa de Cronbach, de esta sección en el presente estudio es de .87. El grado en que los sujetos perciben la existencia de estas barreras se evaluó a partir de una escala Likert de siete opciones, donde 0 corresponde a “No tengo ese problema” y 6 se identifica con “Es una gran problema”. Distribución de los ítems atendiendo al tipo de barreras:

- Problemas al hacer ejercicio de tipo material: a, b, d.
- Problemas al hacer ejercicio relacionado con la seguridad: c, e, n.
- Problemas al hacer ejercicio asociados a la disponibilidad de tiempo: f, g, h, i,

- Problemas al hacer ejercicio asociados al disfrute: j, k, l, m, ñ, o, p.

La puntuación media de cada sujeto oscila entre 0 y 6 puntos. A menor puntuación indica que los sujetos perciben ausencia de barreras a la hora de practicar actividad física.

3.4.4.2. Cuestionario de Utilidad Percibida de la Práctica de la Actividad Física y del Deporte

Su utilidad se centra en el análisis de las percepciones de los ciudadanos sobre el papel que las actividades físicas pueden tener en su salud y sus vidas, con una alta fiabilidad y validez. Se trata de una versión abreviada (Arribas, Arruza, González & Telletxea, 2007) que mide las creencias de utilidad acerca de la práctica de la actividad física y el deporte con cuatro factores: socialización, sensación de bienestar, forma física-salud y liberación de tensiones. El cuestionario aplicado está configurado por 12 ítems, en los que se evalúa la utilidad que puede tener la práctica de la actividad físico-deportiva, en una escala tipo Likert, desde "1" (estoy totalmente en desacuerdo) hasta "9" (totalmente de acuerdo). El análisis de fiabilidad, alfa de Cronbach, global para las expectativas de resultado en el presente estudio es de .89. La puntuación media de cada sujeto oscila entre 1 y 9 puntos. A mayor puntuación indica mayor nivel de expectativas de resultado relacionadas con la actividad física.

3.4.4.3. Cuestionario de Expectativas de Autoeficacia Física

Instrumento (Palenzuela, 2014) que cuenta con cuatro ítems, que evalúan grado en que se considera capaz de realizar o superar y vencer obstáculos y

barreras, tanto externas como internas, en relación con la práctica de la actividad físico-deportiva, desde "1" (nada o casi nada) hasta "9" (totalmente capaz). El análisis de fiabilidad, alfa de Cronbach, global para las expectativas de autoeficacia física en el presente estudio es de .88. La puntuación media de cada sujeto oscila entre 1 y 9 puntos. A mayor puntuación indica mayor nivel de expectativas de autoeficacia relacionadas con la actividad física.

3.4.5. Medidas realizadas sobre rendimiento académico en adolescentes

3.4.5.1. Optimismo Fundado y Expectativas de Control de Situaciones Académicas

Batería de Escalas de Expectativas Específicas de Situaciones Académicas (BEECESA-24; Palenzuela, 2014) es autoaplicable, consta de 24 ítems, de los que 16 valoran las expectativas generalizadas de control de naturaleza positiva u optimista en el ámbito académico, 12 ítems están relacionados con creencias de control externo en el ámbito académico.

Para valorar sus ítems se utiliza escala tipo Likert, desde "1" (estoy totalmente en desacuerdo) hasta "9" (totalmente de acuerdo).

Optimismo fundado en el ámbito académico: Contingencia. Ítems: 3, 7, 9, 22. Éxito. Ítems: 4, 10, 20, 24. Autoeficacia. Ítems: 2, 8, 11, 14. Búsqueda de alternativas. Ítems: 1, 13, 21, 23.

El análisis de fiabilidad, alfa de Cronbach, global para el optimismo fundado en el ámbito académico en el presente estudio es de .91.

Creencias de control externo en el ámbito académico: Indefensión. Ítems: 6, 15, 17, 18. Suerte. Ítems: 5, 12, 16, 19.

El análisis de fiabilidad, alfa de Cronbach, global para creencias de control externo en el ámbito académico en el presente estudio es de .78.

3.4.5.2. Información académica

Se han valorado los siguientes aspectos: Constatación de si se ha repetido curso en Enseñanza Primaria y/o Enseñanza Secundaria, la calificación media de dos cursos académicos consecutivos: 2012/2013, 2013/2014 y la valoración de la calificación: de 0 a 10. A mayor puntuación indica mayor nivel de rendimiento académico.

3.5. Plan de trabajo desarrollado y cronograma

Las fases de presentación del estudio de campo, comunicaciones y solicitud de autorizaciones, planificación de los instrumentos a aplicar, aplicación de estos a la muestra, obtención y procesamiento de datos, análisis estadístico de los resultados y redacción se realizaron durante los cursos académicos 2012/2013, 2013/2014 y 2014/2015. En la tabla 1 identifico los diferentes instrumentos y actuaciones aplicados para la obtención de información, su análisis de fiabilidad con la población del estudio y los periodos en los que se recogieron los datos.

Tabla 1: Instrumentos aplicados.

Variable	Factores	Instrumento	α	Fechas de obtención de la información
Práctica de actividad física	Frecuencia	DEFA		Semana del 3 al 7 de febrero de 2014
	Frecuencia, intensidad y duración	EAFS IPAQ		Semana del 17 al 19 de febrero de 2014 Semana del 29 de marzo al 4 de abril 2014
Alimentación	Dieta Mediterránea	PREDIMED		Semana del 29 de marzo al 4 de abril 2014
	Consumo de alimentos: Dieta saludable Dieta no saludable	DEFA		Semana del 3 al 7 de febrero de 2014
Descanso	Horas de sueño al día	DEFA		Semana del 3 al 7 de febrero de 2014
Variables implicadas en la adherencia a la práctica de actividad física	Expectativas de Resultado Físico	CRUP-PAFYD	.89	Semana del 27 al 30 enero de 2014
	Expectativas de Autoeficacia Física	CEAF	.88	Semana del 27 al 30 enero de 2014
	Apoyo e Influencia social	EAFS	.96	Semana del 27 al 30 enero de 2014
	Barreras Percibidas	EAFS	.87	Semana del 27 al 30 enero de 2014
	Intención	EAFS	.81	Semana del 27 al 30 enero de 2014
Salud física	Disfrute	EAFS-		Semana del 27 al 30 enero de 2014
	Cualidades físicas básicas: resistencia, velocidad, fuerza y flexibilidad	Batería de PCFB		Meses de noviembre y diciembre de 2013
	Sobrepeso/obesidad	IMC		Mes de diciembre de 2013 y enero de 2014
	Presión arterial y Frecuencia cardíaca en reposo Antecedentes de enfermedades o problemas de salud	Cuestionario de actividad física y salud		Mes de octubre

Variables disposicionales de personalidad	Optimismo fundado	BEEGC-R33	.92	Semana del 27 al 30 enero de 2014
	Autoestima	RSE	.86	Semana del 13 al 24 de enero de 2014
	Locus de control externo	BEEGC-R33	.80	Semana del 27 al 30 enero de 2014
Bienestar mental	Salud mental general	GHQ-12	.85	Semana del 10 al 14 de febrero de 2014
	Estrés percibido	PSS	.81	Semana del 10 al 14 de febrero de 2014
Bienestar subjetivo	Satisfacción con la vida	SWLS	.83	Semana del 13 al 24 de enero de 2014
	Afecto positivo	PANAS	.81	Semana del 13 al 24 de enero de 2014
	Afecto negativo	PANAS	.84	Semana del 13 al 24 de enero de 2014
Calidad de vida	Integridad física, mental y social, bienestar	KIDSCREEN-12	.79	Semana del 3 al 7 de febrero de 2014
Rendimiento académico	Calificación académica y repetición de cursos			Junio y septiembre de 2012 y 2013
Optimismo fundado académico	Optimismo fundado académico	BEECESA-24	.91	Semana del 5 al 9 de mayo 2014
Locus control externo académico	Locus de control externo académico	BEECESA-24	.78	Semana del 5 al 9 de mayo 2014

α : Alfa de Crombach en este estudio

RSE (Escala de Autoestima, Rosenberg), SWLS; (Escala de Satisfacción con la Vida, Diener et al.); PANAS (Escala de Afecto Positivo y Negativo, Watson et al.); BEEGC-R33 (Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control, Palenzuela); CRUP-PAFYD (Cuestionario de Utilidad Percibida de la Práctica de la Actividad física y del Deporte, Arribas et al.); CEAF (Cuestionario de Expectativas de Autoeficacia Física, Palenzuela). KIDSCREEN-10 (Calidad de vida, Grupo Europeo, Kidscreen); DEFA (Descanso, Ejercicio Físico y Alimentación; Instituto Nacional de Estadística); PSS-14 (Escala de Estrés Percibido, adaptada por Remor), GHQ-12 (Cuestionario de Salud General, Goldberg & Williams); EAFS (Estudio sobre Actividad Física y Salud. Encuesta para estudiantes, Montil); IPAQ (Cuestionario Internacional de Actividad Física); PREDIMED (Nivel de cumplimiento de Dieta Mediterránea); BEECESA-24 (Batería de Escalas de Expectativas Específicas de Situaciones Académicas, Palenzuela)

3.6. Análisis estadístico

En todos los casos se ha comprobado la normalidad de las variables con el Test de Kolmogorov-Smirnov. Las variables cuantitativas fueron expresadas como media \pm desviación estándar y las variables cualitativas fueron expresadas como número y porcentaje.

Para analizar la asociación entre variables cualitativas se usó el Test Chi cuadrado o test exacto de Fischer, cuando fue necesario. La comparación de medias entre dos grupos se estudió con la prueba t de Student o U de Mann Whitney y en el caso de que el número de grupos fuera mayor se aplicó un análisis de la varianza (ANOVA) con la prueba post hoc Least significant difference (LSD) o test de Kruskal-Wallis. Para analizar la relación entre dos variables cuantitativas se utilizó la Correlación de Pearson.

En el análisis multivariante se ha utilizado el análisis de regresión lineal múltiple con el método Stepwise para analizar la influencia y capacidad explicativa de cada variable o variables independientes en la variable dependiente correspondiente.

En todos los casos, para los contrastes de hipótesis se fijó un riesgo alfa de 0,05 como límite de significación estadística. El programa estadístico utilizado fue el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 20.0 (SPSS, Chicago, IL, USA).

3.7. Cuestiones éticas

A los participantes y responsables legales se les informó sobre los objetivos del proyecto, de los riesgos y beneficios de las exploraciones que se le iban a realizar y se les entregó un documento informativo. Ninguna de las exploraciones presentaba riesgos vitales para los alumnos que se incluyeron en el estudio. Todos los padres o tutores firmaron el consentimiento informado previo a la inclusión en el estudio. En todo momento se respetaron los principios de experimentación en humanos, siguiendo las recomendaciones establecidas en la Declaración de *Helsinki* (2013). Además se garantiza el acceso a la información obtenida de cualquier análisis realizado por parte del paciente. Se respetaron las normas de confidencialidad, informando a los participantes siguiendo lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Regulación del Tratamiento Automatizado de los Datos de Carácter Personal, que estos podrán ser objeto de tratamiento automatizado y de los derechos que tienen los participantes al estudio de consultar, modificar o eliminar del fichero sus datos personales.

RESULTADOS

4. Resultados

Análisis descriptivos

Disponemos de 280 participantes en el estudio. Véase la tabla 2. El 52.9 % eran mujeres, edad media 14.5 años (DE ± 1.4) sin diferencias entre géneros.

Tabla 2: Características sociodemográficas de la muestra estudiada.

Variable	N= 280
Edad (m \pm DS)	14.5 \pm 1.4
Localidad de residencia	
Rural (n y %)	201 (71.8)
Urbano (n y %)	79 (28.2)
Convivencia familia	
Madre y padre (n y %)	239 (85.4)
Madre (n y %)	30 (10.7)
Padre (n y %)	3 (1.1)
Otros (n y %)	8 (2.9)
Total de hermanos	
Uno (n y %)	36 (12.9)
Dos (n y %)	178 (63.6)
Tres (n y %)	49 (17.5)
Cuatro o más (n y %)	17 (6.0)
Varones sin hermanos (n y %)	143 (51.1)
Mujeres sin hermanas (n y %)	139 (49.6)
Situación laboral: con trabajo	
Padres (n y %)	245 (92.1)
Madres (n y %)	190 (68.1)
Nivel formativo: (NEU)	
Padres (n y %)	203 (76.3)
Madres (n y %)	211 (75.6)

Los datos de las variables discretas se presentan como número y %; n: número; NES: No estudios universitarios.

El 71.8 % reside en núcleos próximos a la capital. La mayoría conviven en familia biparental y tiene dos o más hermanos. El porcentaje de padres que

trabajan es superior y la mayoría no tienen estudios universitarios.

4.1. Estilos de vida activa y saludable, variables personales y sociales en la adherencia a la práctica de actividad física, salud física y mental, calidad de vida y rendimiento académico en adolescentes

Tabla 3: Estilos de vida activa y saludable. Práctica de actividad física.

Variable	
Frecuencia, intensidad y duración	n = 239
AF ligera (n y %)	15 (6.3)
AF moderada (n y %)	45 (18.8)
AF vigorosa (n y %)	179 (74.9)
Frecuencia	N= 280
No hago ejercicio y no tengo interés (n y %)	8 (2.9)
No hago ejercicio pero quiero hacerlo (n y %)	21 (7.5)
Hago ejercicio de vez en cuando (n y %)	65 (23.3)
Hago ejercicio regularmente (varias veces por semana) desde hace menos de 6 meses (n y %)	62 (22.2)
Hago ejercicio regularmente desde hace más de seis meses (n y %)	123 (41.1)
Frecuencia en el tiempo libre	N= 280
No hago ejercicio. El tiempo libre lo ocupo de forma casi completamente sedentaria (n y %)	28 (10.0)
Hago alguna actividad física o deportiva ocasional (n y %)	75 (26.8)
Hago actividad física varias veces al mes (n y %)	37 (13.2)
Hago entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana (n y %)	140 (50.0)
Actividades sedentarias en tiempo libre	N= 280
Horas de televisión/día diario (m±DS)	2.4 ± 0.7
Horas de televisión/día fin de S (m±DS)	2.7 ± 0.6
Horas de VJ, O o I/día diario (m±DS)	2.4 ± 0.8
Horas de VJ, O o I/día fin S (m±DS)	2.7 ± 0.6

Los datos de las variables continuas se presentan como media ± DE, y los de las variables discretas se presentan como número y %.

n: número; H: horas; VJ: videojuegos; O: ordenador; I: internet; S: semana.

4.1.1. Práctica de actividad física

El 63.3% realiza ejercicio regularmente y una minoría, el 10%, ocupa su tiempo libre en actividades sedentarias, ver Tabla 3. Un 74.9% realiza AF moderada o vigorosa.

4.1.2. Calidad de la dieta

El 21.1% de los adolescentes cumplen con al menos nueve criterios del Cuestionario de la dieta mediterránea, siendo este porcentaje mayor en mujeres (25.4%) que en varones (15.6%), sin alcanzar la significación estadística, véase la Tabla 4.

Tabla 4: Estilos de vida activa y saludable. Calidad de la dieta.

Variable	n = 228	Varones, n = 98	Mujeres n = 130	p
Dieta Mediterránea: puntuación media	6 ± 1.9	5.7 ± 1.8	6.2 ± 1.9	0.053
Consumo de alimentos	N= 280	Varones, n = 132	Mujeres, n = 148	p
Fruta fresca (excluyendo zumos) (m±DS)	3.9 ± 1.2	3.8 ± 1.2	4.1 ± 1.1	.022
Carne (m±DS)	3.8 ± 0.8	3.7 ± 0.8	3.8 ± 0.9	.786
Huevos (m±DS)	3 ± 0.9	3.0 ± 0.9	2.9 ± 0.8	.210
Pescado (m±DS)	2.9 ± 0.9	2.9 ± 0.9	3.0 ± 0.9	.521
Pasta, arroz, patatas (m±DS)	3.6 ± 0.9	3.7 ± 0.9	3.4 ± 0.9	.030
Pan, cereales (m±DS)	4.3 ± 1.0	4.3 ± 1.0	4.4 ± 1.0	.335
Verduras, ensaladas y hortalizas (m±DS)	3.4 ± 1.2	3.8 ± 1.2	3.5 ± 1.1	.138
Legumbres (m±DS)	3.0 ± 0.9	3.0 ± 1.0	3.1 ± 0.9	.612
Embutidos y fiambres (m±DS)	3.1 ± 1.1	3.1 ± 1.1	3.0 ± 1.2	.742
Productos lácteos (m±DS)	4.3 ± 0.9	4.3 ± 1.0	4.4 ± 0.9	.141
Dulces (m±DS)	3.2 ± 1.2	3.4 ± 1.1	3.1 ± 1.3	.081
Refrescos con azúcar (m±DS)	2.8 ± 1.3	2.9 ± 1.3	2.7 ± 1.3	.108
Comida rápida (m±DS)	2.5 ± 1.2	2.5 ± 1.1	2.5 ± 1.2	.574
Aperitivos o comidas saladas de picar (m±DS)	2.6 ± 1.1	2.7 ± 1.0	2.4 ± 1.1	.025
Zumo natural de frutas o verduras (m±DS)	3.4 ± 1.4	3.4 ± 1.3	3.4 ± 1.5	.820

Los datos de las variables continuas se presentan como media ± DE

No obstante, si encontramos diferencia atendiendo al género, en el consumo de fruta fresca (consumo superior en mujeres), pasta y aperitivos (consumo superior en hombres), tal como se recoge en la tabla 4.

4.1.3. Sueño y descanso

El número total de horas que duermen al día habitualmente, considerando tanto si se hace en un período o en varios a lo largo del día, es de 8.4 ± 1.3 h. No se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres.

4.1.4. Variables personales y sociales en la adherencia a la práctica de actividad física

Las expectativas de resultado (6.9 sobre 9) y de autoeficacia física (6.8 sobre 9) son altas, ver tabla 5. El disfrute de la actividad física es muy relevante (5 sobre 6) siendo la puntuación mayor en los chicos. La intención de realizar actividad física favorable, tanto a corto como a medio y largo plazo, reduciéndose ligeramente en la medida que el plazo se va distanciando. Cabe señalar que tanto en la intención en general como a medio plazo los chicos obtienen una puntuación mayor. La influencia del padre y de los amigos son los que ejercen un apoyo social e influencia del modelo y social mayor. En las influencias de los amigos, los chicos obtienen puntuación superior. La presencia de barreras para la actividad física es muy reducida (1 sobre 6), en el caso de las chicas obtienen un valor superior.

Tabla 5: Determinantes personales y sociales de la práctica de la actividad física.

Variable	N = 280	Varones n = 132	Mujeres n = 148	p
Determinantes personales:				
Expectativas de resultado (m±DS)	6.9 ± 1.3	6.8 ± 1.4	7.0 ± 1.3	.423
Expectativas de autoeficacia física	6.8 ± 1.8	6.9 ± 1.8	6.6 ± 1.7	.182
Variables disposicionales de personalidad				
Autoestima (m±DS)	3.2 ± 0.6	3.2 ± 0.5	3.1 ± 0.6	.028
Optimismo fundado(m±DS)	6.7 ± 1.2	6.7 ± 1.3	6.8 ± 1.2	.607
Creencias de control externo (m±DS)	4.5 ± 1.1	4.6 ± 1.2	4.4 ± 1.1	.063
Optimismo infundado (m±DS)	4.8 ± 1.2	4.9 ± 1.2	4.6 ± 1.2	.114
Determinantes sociales:				
Apoyo social. influencia del modelo y social				
Padre (m±DS)	3.6 ± 1.0	3.7 ± 1.0	3.5 ± 1.0	.084
Madre (m±DS)	3.4 ± 1.0	3.3 ± 0.9	3.5 ± 1.0	.236
Hermano (m±DS)	3.3 ± 1.3	3.3 ± 1.4	3.4 ± 1.2	.967
Hermana (m±DS)	3.2 ± 1.2	3.0 ± 1.1	3.4 ± 1.2	.025
Amigos (m±DS)	3.7 ± 0.9	3.8 ± 1.0	3.5 ± 0.9	.006
Prof. Educación Física (m±DS)	4.3 ± 0.8	4.2 ± 0.9	4.4 ± 0.7	.164
Presencia de barreras para actividad física(m±DS)	1.0 ± 0.9	0.8 ± 1.0	1.1 ± 0.9	.010

Los datos de las variables continuas se presentan como media ± DE

4.1.5. Salud física

El 86.4% de los participantes presenta un peso normal o inferior a lo normal, véase en la tabla 6. La tensión arterial sistólica presenta una diferencia significativa atendiendo al género, siendo superior en los chicos, ver la Tabla 7.

Tabla 6: Salud física. Clasificación del peso.

Variable	Varón		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Peso inferior al normal (n y %)	45	34.1	36	24.3	81	28.9
Normal (n y %)	70	53.0	91	61.5	161	57.5
Sobrepeso (n y %)	14	10.6	16	10.8	30	10.7
Obesidad (n y %)	3	2.3	5	3.4	8	2.9

Los datos de las variables discretas se presentan como número y %.

Tabla 7: Salud física. Variables antropométricas.

Variable	N = 280	Varones, n = 132	Mujeres, n = 148	p
Medidas antropométricas				
Peso (kg) (m±DS)	55.2 ± 12.3	56.7 ± 14.3	53.9 ± 10	.054
Altura (cm) (m±DS)	161.4 ± 9.7	164.4 ± 9.5	158.8 ± 9.2	<.001
IMC (kg/m ²)(m±DS)	21.2 ± 4.6	20.8 ± 4.1	21.5 ± 5	.199
Tensión arterial sistólica (m±DS)	106.7 ± 16.2	111.3 ± 15.1	102.7 ± 16.1	<.001
Tensión arterial diastólica (m±DS)	63.6 ± 10.4	63.9 ± 10.8	63.3 ± 10	.580
Frecuencia cardíaca en reposo (m±D	81.5 ± 14.7	81.1 ± 16.2	81.8 ± 13.3	.677

Los datos de las variables continuas se presentan como media ± DE.

El 48.2% tienen problemas locomotores y/o respiratorios, ver Tabla 8.

Tabla 8: Salud física: dolencias y/o problemas físicos.

Variable	N = 280
Dolencias y/o problemas físicos	
Problemas locomotores (n y %)	77 (27.5)
Alergia (n y %)	58 (20.7)
Problemas respiratorios (n y %)	10 (3.6)
Problemas circulatorios (n y %)	8 (2.9)
Problemas dermatológicos (n y %)	4 (1.4)
Problemas neurológicos (n y %)	4 (1.4)
Problemas digestivos (n y %)	2 (0.7)

Los datos de las variables discretas se presentan como número y %.

4.1.6. Salud mental

La valoración que los participantes hacen de su vida y el afecto positivo que manifiestan se encuentra en una zona de elección superior a una valoración positiva. La salud mental general y estrés percibido se encuentra en una zona de elección intermedia.

Tabla 9: Salud mental.

Variable	N= 280	Varones, n =132	Mujeres, n = 148	p
Bienestar subjetivo				
Satisfacción vital (m±DS)	5.0 _± 1.2	5.2 _± 1.1	4.9 _± 1.2	.019
Afecto positivo (m±DS)	3.4 _± 0.7	3.5 _± 0.6	3.4 _± 0.7	.029
Afecto positivo (m±DS)	1.9 _± 0.7	2.0 _± 0.7	1.9 _± 0.6	.150
Bienestar psicológico				
Salud mental general (m±DS)	1.8 _± 0.8	1.9 _± 0.8	1.7 _± 0.8	.058
Estrés percibido (m±DS)	1.6 _± 0.6	1.5 _± 0.5	1.7 _± 0.6	.058
Variables disposicionales de personalidad				
Autoestima (m±DS)	3.2 _± 0.6	3.2 _± 0.5	3.1 _± 0.6	.028
Optimismo fundado (m±DS)	6.7 _± 1.2	6.7 _± 1.3	6.8 _± 1.2	.607
Creencias de control externo (m±DS)	4.3 _± 1.3	4.4 _± 1.3	4.2 _± 1.2	.080
Optimismo infundado (m±DS)	4.8 _± 1.2	4.9 _± 1.2	4.6 _± 1.2	.114

Los datos de las variables continuas se presentan como media ± DE

4.1.7. Calidad de vida

La puntuación obtenida en calidad de vida, ver la Tabla 10, según el cuestionario KIDSCREEN, es alta (3.98 sobre 5), sin que encontremos diferencias en función del género, pero si en función del nivel de la actividad física, véase la Tabla 11.

Tabla 10: Calidad de vida según el KIDSCREEN.

Variable	Media	DE
1 ¿Te has sentido bien y en buen estado físico?	3.71	1.02
2 ¿Te has sentido lleno/a de energía?	3.85	1.03
3 ¿Te has sentido triste?	4.32	0.71
4 ¿Te has sentido solo/a?	4.50	0.71
5 ¿Has tenido suficiente tiempo para ti?	3.60	1.05
6 ¿Has podido hacer las cosas que has querido en tu tiempo libre?	3.71	1.11
7 ¿Tus padres te han tratado de forma justa?	4.25	0.92
8 ¿Lo has pasado bien con tus amigos/as?	4.53	0.76
9 ¿Te ha ido bien en el colegio?	3.62	1.07
10 ¿Has sido capaz de poner atención?	3.66	1.01
Media KIDSCREEN	3.98	0.56

Los datos de las variables continuas se presentan como media \pm DE

Tabla 11: Calidad de vida y Actividad física según el IPAQ.

Variable	Media	DE	p
Actividad Física			
Actividad física _Ligera	3.63	0.59	.027
Actividad física _Moderada	3.92	0.51	
Actividad física _Vigorosa	4.01	0.54	

Los datos de las variables continuas se presentan como media \pm DE

4.1.8. Rendimiento académico

El 32.8% de los participantes han repetido en Educación Primaria y/o Educación Secundaria, véase Tabla 12. La calificación académica alcanza una valoración cualitativa de bien. Los resultados son significativamente superiores en las adolescentes, ver Tabla 13.

Tabla 12: Rendimiento académico.

Variable	N=28
Alumnos que han repetido en cursos anteriores	
Educación Primaria (n y %)	34 (12.1)
Educación Secundaria	
Un curso repetido (n y %)	58 (20.7)
Dos cursos repetidos (n y %)	25 (8.9)
Calificación académica media en convocatoria de junio o septiembre	
Calificación (m±DS)	6.1± 1.7

Los datos de las variables continuas se presentan como media \pm DE

Tabla 13: Calificación académica.

Variable	N= 280	Varones, n =132	Mujeres, n = 148	p
Calificación académica	5,78± 1.61	5,54± 1.71	5,99± 1.49	.019

Los datos de las variables continuas se presentan como media \pm DE

La puntuación es ligeramente inferior en optimismo fundado académico, ver tabla 14, con respecto al optimismo fundado generalizado, véase Tabla 9. Las creencias de control externo en el ámbito académico, véase Tabla 14, presenta una puntuación ligeramente superior a la obtenida en creencias de control externo generalizado, ver Tabla 9.

Tabla 14: Variables disposicionales de personalidad en el ámbito académico.

Variable	N=280	Varones, n =132	Mujeres, n = 148)	p
Optimismo fundado(m±DS)	6.4 ± 1.2	6.4 ± 1.2	6.3 ± 1.3	.790
Contingencia(m±DS)	6.8 ± 1.5	6.7 ± 1.4	6.8 ± 1.5	.712
Autoeficacia(m±DS)	6.3 ± 1.4	6.4 ± 1.4	6.2 ± 1.5	.338
Éxito(m±DS)	6.2 ± 1.6	6.2 ± 1.5	6.2 ± 1.6	.888
Búsqueda de alternativas(m±DS)	6.2 ± 1.2	6.2 ± 1.2	6.2 ± 1.3	.837
Creencias de control externo	4.5 ± 1.4	4.5 ± 1.3	4.5 ± 1.4	.657
Indefensión(m±DS)	4.5 ± 1.6	4.5 ± 1.5	4.5 ± 1.7	.799
Suerte(m±DS)	4.5 ± 1.5	4.5 ± 1.4	4.5 ± 1.6	.587

Los datos de las variables continuas se presentan como media ± DE

Análisis multivariantes

4.2. Relación entre práctica de actividad física y salud física en adolescentes

En relación a las variables clínicas (Tabla 15), el grupo que realiza mayor actividad física según el cuestionario DEFA, tiene un menor IMC, aunque no alcanza la significación estadística. No hay diferencia en cuanto a la presión arterial, pero si en la frecuencia cardiaca en reposo, que es menor en los grupos que realizan la menor y la mayor actividad física.

En relación a la condición física (Tabla 16), el grupo de mayor actividad física tiene mayor fuerza física ponderada en el tren inferior, mayor velocidad ponderada y mejor condición física general que los grupos que realizan menor actividad física.

Tabla 15: Relación de actividad física con variables clínicas.

Variable		N	Media	DE	p
Índice de masa corporal	1 No hago ejercicio. El tiempo libre lo ocupo de forma casi completamente sedentaria	28	22.1	4.7	.713
	2 Hago alguna actividad física o deportiva ocasional	75	21.2	3.9	
	3 Hago actividad física varias veces al mes	37	21.3	4.6	
	4 Hago entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana	140	20.9	4.9	
	Total	280	21.2	4.6	
Frecuencia Cardíaca en reposo	1 No hago ejercicio. El tiempo libre lo ocupo de forma casi completamente sedentaria	28	75.3	9.8	.003
	2 Hago alguna actividad física o deportiva ocasional	75	86.1	15.7	
	3 Hago actividad física varias veces al mes	37	81.9	14.4	
	4 Hago entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana	140	80.1	14.4	
	Total	280	81.4	14.7	
Tensión A Sistólica	1 No hago ejercicio. El tiempo libre lo ocupo de forma casi completamente sedentaria	28	107.2	14.7	.905
	2 Hago alguna actividad física o deportiva ocasional	75	105.9	14.4	
	3 Hago actividad física varias veces al mes	37	105.6	15.9	
	4 Hago entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana	140	107.3	17.4	
	Total	280	106.7	16.1	
Tensión A Diastólica	1 No hago ejercicio. El tiempo libre lo ocupo de forma casi completamente sedentaria	28	64.3	7.5	.977
	2 Hago alguna actividad física o deportiva ocasional	75	63.7	10.3	
	3 Hago actividad física varias veces al mes	37	63.4	10.0	
	4 Hago entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana	140	63.3	11.0	
	Total	280	63.5	10.3	

Los datos de las variables continuas se presentan como media \pm DE

Tabla 16: Relación de actividad física con la condición física.

Variable		N	Media	DE	p
Fuerza tren inferior ponderada	1 No hago ejercicio. El tiempo libre lo ocupo de forma casi completamente sedentaria	27	6.15	2.77	.002
	2 Hago alguna actividad física o deportiva ocasional	74	6.74	1.95	
	3 Hago actividad física varias veces al mes	37	6.57	2.01	
	4 Hago entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana	140	7.41	1.71	
	Total	278	7.00	1.98	
Velocidad ponderada	1 No hago ejercicio. El tiempo libre lo ocupo de forma casi completamente sedentaria	27	6.43	2.45	.003
	2 Hago alguna actividad física o deportiva ocasional	74	6.95	2.36	
	3 Hago actividad física varias veces al mes	37	7.30	2.01	
	4 Hago entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana	140	7.78	1.81	
	Total	278	7.36	2.10	
Fuerza tren superior ponderado	1 No hago ejercicio. El tiempo libre lo ocupo de forma casi completamente sedentaria	27	7.69	2.00	.448
	2 Hago alguna actividad física o deportiva ocasional	74	7.55	2.12	
	3 Hago actividad física varias veces al mes	37	7.57	2.20	
	4 Hago entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana	140	7.96	1.84	
	Total	278	7.77	1.98	
Flexibilidad ponderada	1 No hago ejercicio. El tiempo libre lo ocupo de forma casi completamente sedentaria	27	5.76	2.60	.291
	2 Hago alguna actividad física o deportiva ocasional	74	6.21	2.52	
	3 Hago actividad física varias veces al mes	37	5.96	2.63	
	4 Hago entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana	140	6.54	2.13	
	Total	278	6.30	2.36	
Condición física general	1 No hago ejercicio. El tiempo libre lo ocupo de forma casi completamente sedentaria	27	63.17	15.90	<0.001
	2 Hago alguna actividad física o deportiva ocasional	74	69.43	15.81	
	3 Hago actividad física varias veces al mes	37	67.89	12.40	
	4 Hago entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana	140	77.66	12.34	
	Total	278	72.76	14.60	

Los datos de las variables continuas se presentan como media \pm DE

4.2.1. Relación entre práctica de actividad física, condición física e índice de masa corporal

Tabla 17: Correlaciones entre índice de masa corporal y rendimiento en pruebas de condición física.

	Resistencia ponderada: T Cooper	Fuerza tren inferior ponderada	Velocidad ponderada	Fuerza tren superior ponderado	Flexibilidad ponderada	Condición física general
IMC	-.339**	-.323**	-.219**	.091	-.381**	-.390**

IMC: índice de masa corporal. ** $p < .01$

Cabe destacar la correlación negativa entre el índice de masa corporal y rendimiento en las pruebas de resistencia aeróbica, fuerza del tren superior y flexibilidad y condición física general.

Análisis de regresión múltiple

4.3. Relación entre personalidad, estilos de vida activa y saludable y salud mental en adolescentes.

Las variables rasgo de personalidad consideradas en esta investigación son, como ya se ha visto, optimismo fundado y autoestima. Pero en relación con los resultados que describiremos y analizaremos en este apartado, hemos considerado también el LOC externo, variable rasgo de naturaleza cognitiva, por tratarse también de una expectativa, en esta ocasión, de control externo.³

Por otro lado, en cuanto a la variable bienestar mental hemos tenido en cuenta tres modelos: (1) el modelo de Goldberg (1972, 1978) de naturaleza más psiquiátrica o psicopatológica y el cuestionario GHQ-12 (Goldberg &

³ Véase en este sentido el apartado 1.2.4 de la Introducción en el que se describe el enfoque de las expectativas generalizadas de control (EGC)

Williams (1988); (2) el modelo de Bienestar Subjetivo (Diener et al., 1985) de naturaleza más positiva, descrito en términos de satisfacción con la vida (componente cognitivo) y balance entre emociones positivas y negativas (componente afectivo); y (3) el modelo de calidad relacionada con la salud de la vida, desde el punto de vista del adolescente con respecto a la integridad (física, mental y social) y bienestar, utilizando el índice KIDSCREEN-10 (Grupo Europeo Kidscreen, 2010) que incluye una medición de la CVRS global.

Por consiguiente, describiremos los resultados relativos a este objetivo en tres apartados en función de esos tres modos de concebir y evaluar el bienestar mental.

4.3.1. Salud mental en términos de Salud Mental General

Antes de describir los resultados sobre la capacidad predictora de variables relacionadas con la Salud Mental General (SMG), veamos primero las correlaciones entre los predictores y criterio.

Tabla 18: Correlaciones entre diferentes variables relacionadas con la variable dependiente Salud Mental General.

	OF	AE	PAF	DS	DNS	EP	LOC-E	SMG
OF	—	.37**	.20**	.21**	-.08	-.31**	-.06	.45**
AE		—	.18**	.04	-.01	-.48**	-.08	.36**
PAF			—	.15*	-.05	-.20**	-.03	.28**
DS				—	-.20**	-.04	-.09	.20**
DNS					—	-.04	.17**	-.09
EP						—	.12**	-.55**
LOC-E							—	-.12
SMG								—

Nota. OF: optimismo fundado; AE: autoestima; PAF: práctica de actividad física; DS: dieta saludable; DNS: dieta no saludable; EP: estrés percibido; SMG: salud mental general. * $p < .05$ ** $p < .01$

En la Figura 6 aparecen los resultados relativos a la relación de dos rasgos de personalidad (optimismo fundado y autoestima), la PAF y el estrés percibido con el bienestar mental entendido este como salud mental general y evaluada a través del GHQ-12 (Goldberg & Williams, 1988).

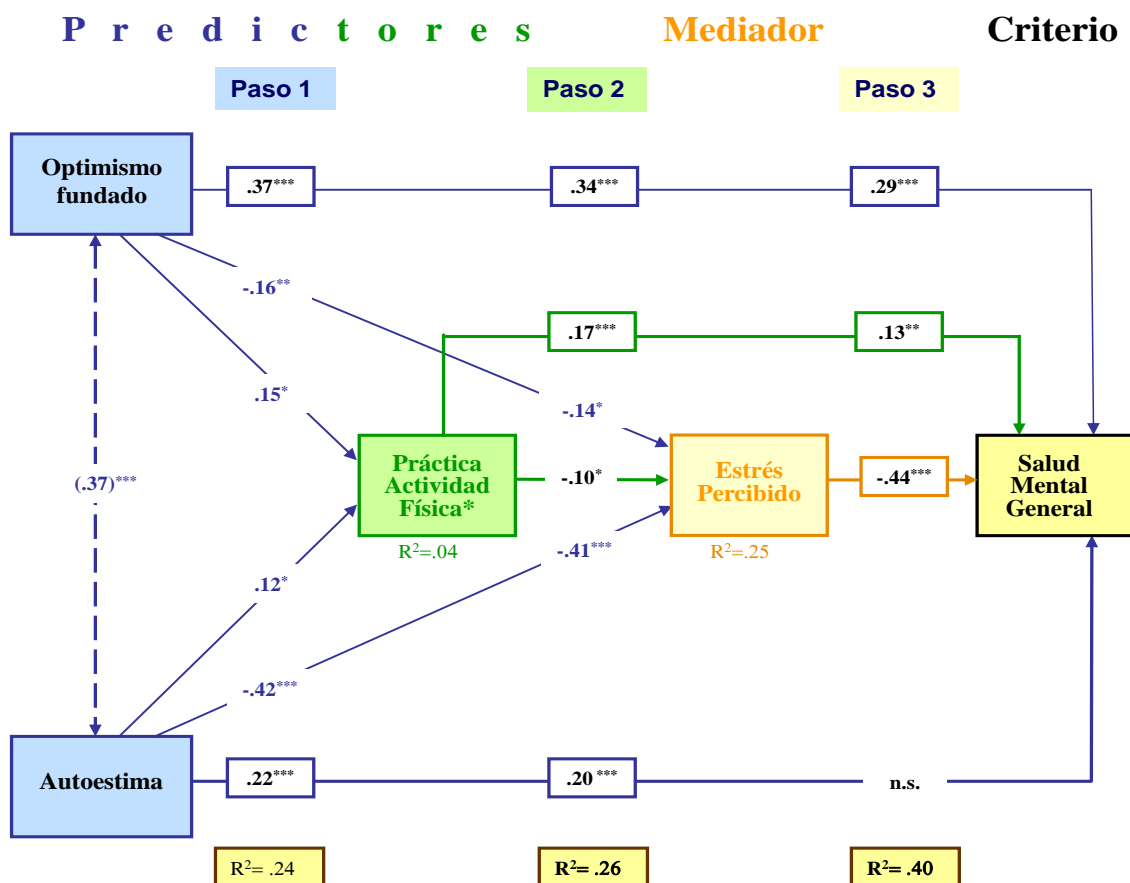


Figura 6. Representación gráfica del optimismo fundado, autoestima, práctica de actividad física como predictores y el estrés percibido como mediador de la salud mental general.

Los valores en las cajas son coeficientes de regresión estandarizados de los predictores sobre la variable criterio. Los que están libres son coeficientes de regresión estandarizados de unos predictores sobre otros. Los valores entre paréntesis son correlaciones de Pearson. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Los dos rasgos de personalidad son buenos predictores de la salud mental general (SMG), aunque en el Paso 3 la autoestima deja de ser significativo debido a la influencia del estrés percibido que actuaría como variable mediadora del poder predictivo de la autoestima sobre la salud mental general. Obsérvese en este sentido, la fuerte relación entre autoestima y estrés percibido después de controlar el efecto de la PAF ($\beta = -.42$, $p < .001$) y entre

estrés percibido y salud mental general después de controlar el efecto del resto de predictores ($\beta = -.44$, $p < .001$).

Por otro lado, la PAF está claramente relacionada con la salud mental general, actuando también el estrés percibido como mediador, aunque sólo parcialmente, pues aunque disminuye el valor del coeficiente estandarizado al añadir a la ecuación de regresión el estrés percibido este se mantiene significativo ($\beta = .13$, $p < .01$).

En términos de varianza explicada de la variable criterio, salud mental general, los dos rasgos de personalidad explicarían el 24% ($R^2 = .24$), se incrementaría el porcentaje de varianza en 2 puntos al añadir a la ecuación la PAF ($R^2 = .26$) y en 14 cuando entra en juego el estrés percibido ($R^2 = .40$). Esta alta contribución del estrés percibido para explicar la varianza de la salud mental general es completamente esperable dada la proximidad conceptual entre ambas variables, de ahí que estrés percibido aparezca en el modelo de regresión representado en la Figura 6 como el elemento más proximal de todos los predictores, con los que a su vez está bastante relacionado. Cabe destacar la asociación entre EP y SMG ($r = -.55$, $p < .01$).

El efecto mediador del estrés percibido entre la PAF y la SMG podemos observarlo aún mejor en la Figura 7. La PAF está claramente relacionada con la salud mental general, actuando también el estrés percibido como mediador, aunque sólo parcialmente, pues aunque disminuye el valor del coeficiente estandarizado al añadir a la ecuación de regresión el estrés percibido este se

mantiene significativo ($\beta = .17, p < .01$). Cabe destacar la asociación entre PAF y EP ($r = -.20, p < .01$).

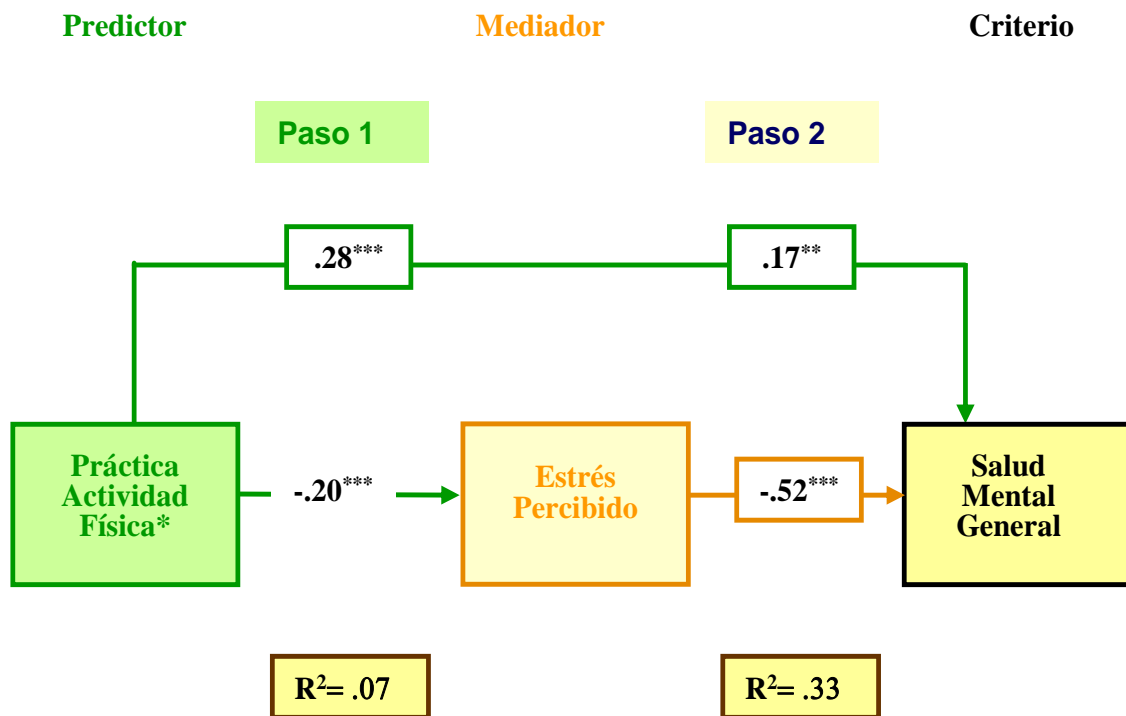


Figura 7. Representación gráfica de la práctica de actividad física como predictor y el estrés percibido como mediador de la salud mental general.

Todos los valores son coeficientes de regresión estandarizados. $**p < .01$, $***p < .001$.

En términos de varianza explicada de la variable criterio, salud mental general, la práctica de la actividad física explicaría el 7% ($R^2 = .07$), se incrementa el porcentaje de varianza en 26 puntos al añadir a la ecuación el estrés percibido ($R^2 = .33$).

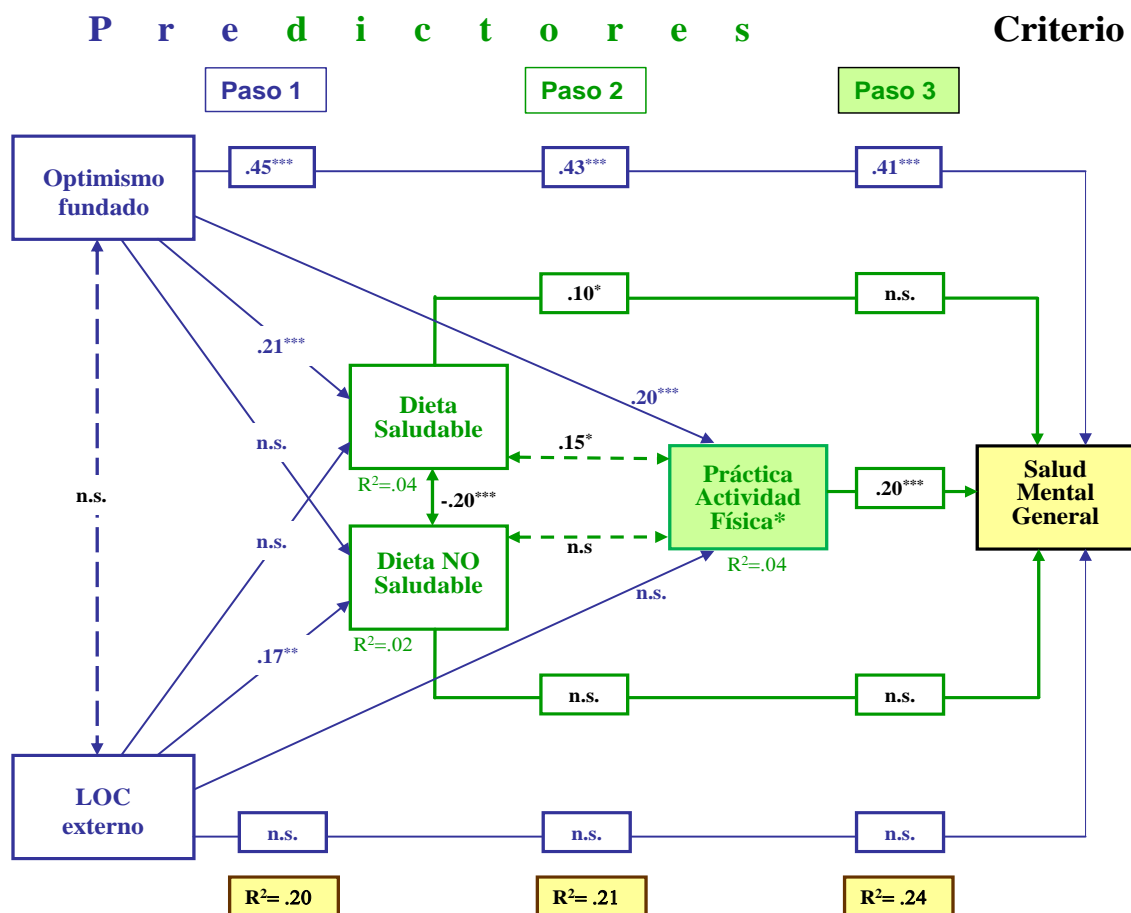


Figura 8. Representación gráfica del optimismo fundado, LOC externo, dieta saludable, dieta no saludable y práctica de actividad física como predictores de salud mental general.

Los valores en las cajas son coeficientes de regresión estandarizados de los predictores sobre la variable criterio. Los que están libres son coeficientes de regresión estandarizados de unos predictores sobre otros. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$. Los valores entre paréntesis son correlaciones de Pearson.

Una vez visto el efecto mediador del estrés percibido como constructo proximal de la cadena de elementos que pueden influir en el bienestar mental, visto en términos de salud mental general, en el siguiente modelo de regresión representado en la Figura 8 podemos comprobar más específicamente el papel no sólo de la PAF como estilo de vida activo sobre el bienestar mental, sino también el papel de un estilo de vida saludable reflejado en la prevalencia de

una dieta saludable frente a una no saludable. También podremos comprobar la relación de dos variables de personalidad (optimismo fundado y locus de control externo) con la dieta saludable y no saludable, respectivamente.

Comenzando por esta última relación de variables, es interesante comprobar cómo el seguir una dieta saludable o no saludable puede estar relacionado a un tipo u otro de expectativas o creencias de control. Bajo el constructo de optimismo fundado (OF) se hayan integradas cuatro tipo de expectativas de naturaleza positiva (expectativas de locus de control interno, autoeficacia, éxito y de búsqueda de alternativas), por otro lado, la expectativas o creencias de locus de control externo (LOC-E) integran tres facetas (creencias en la suerte, destino e indefensión). Como puede observarse en la Figura 11, optimismo fundado estaría relacionado a una dieta saludable ($\beta = .21$, $p < .001$), mientras que el LOC externo lo estaría con una dieta no saludable ($\beta = .17$, $p < .01$). Se trata de un hallazgo significativo. Por otro lado, aunque el OF está muy relacionado con una buena salud mental el LOC externo no tiene relación con la SMG.

En cuanto a la relación de la dieta con la SMG podemos identificarla como débil. Sólo la dieta saludable parece ser predictora de la SMG ($\beta = .10$, $p < .05$), pero deja de ser significativa cuando se añade a la ecuación de regresión la PAF, pudiendo actuar esta como mediadora, dada la asociación que tiene con la dieta saludable ($r = .15$ $p < .05$)

En términos de varianza explicada de la variable criterio, salud mental general, el optimismo fundado y el LOC externo explicarían el 20% ($R^2 = .20$), se incrementaría el porcentaje de varianza en 1 punto al añadir a la ecuación la dieta saludable ($R^2 = .21$). Finalmente el incremento de 3 puntos se produce con la incorporación de la práctica de la actividad física ($R^2 = .24$).

Tratando de confirmar la relación entre dieta saludable y SMG y el posible efecto mediador de la PAF así como el efecto mediador del estrés percibido entre ambas (dieta saludable y PAF) y SMG, ejecutamos un nuevo análisis de regresión múltiple paso a paso (“steepwise”) sólo con estas variables.

Tal como puede apreciarse en la Figura 9, la PAF y la DS son estilos de vida asociados entre sí ($r = .15$, $p = .05$), como ya ha sido apuntado antes, que a su vez se encuentran relacionados con SMG, siendo ambas buenas predictoras de la SMG ($\beta = .25$, $p < .001$; $\beta = .16$, $p < .01$). Sin embargo, mientras el estrés percibido vuelve a erigirse como mediador de la PAF, no sucede en el caso de la DS, que no cambia el valor de su coeficiente estandarizado beta, al entrar en la ecuación el estrés percibido, corroborado por la relación no significativa entre DS y estrés percibido.

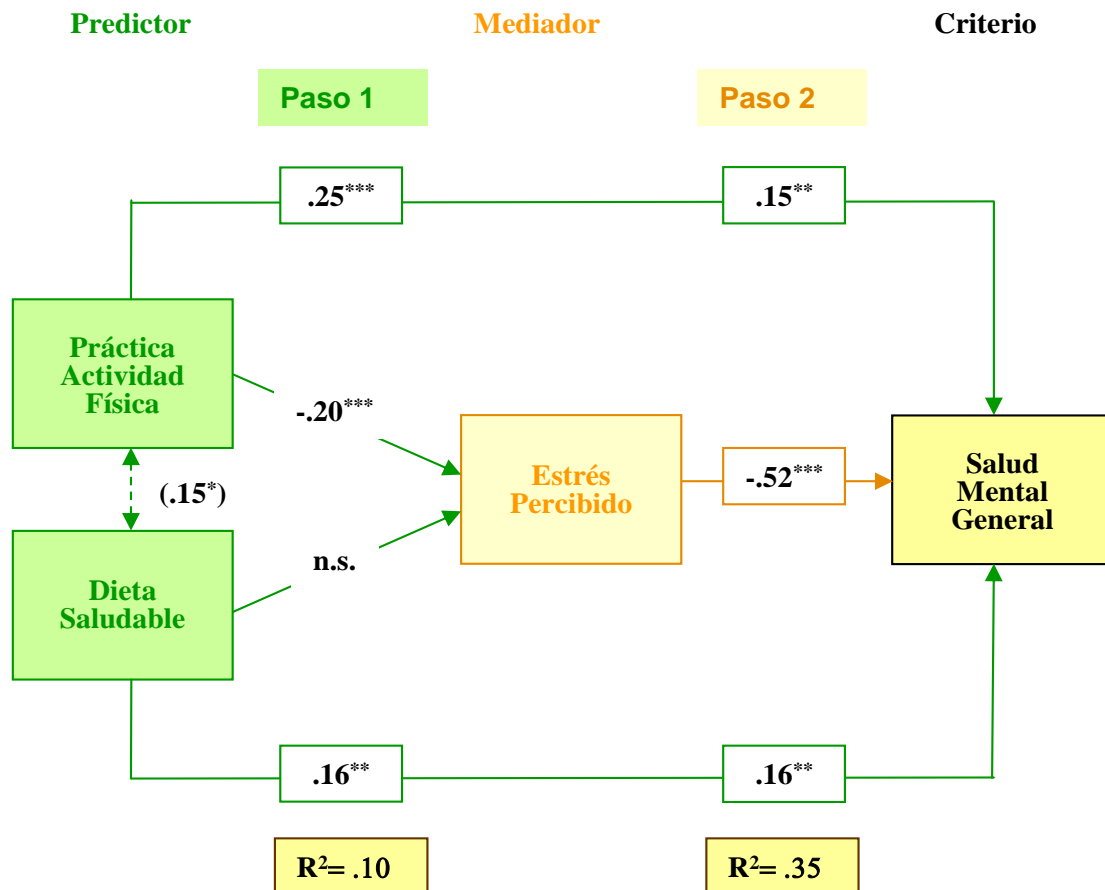


Figura 9. Representación gráfica de la práctica de actividad física y la dieta saludable como predictores y el estrés percibido como mediador de salud mental general.

Los valores en las cajas son coeficientes de regresión estandarizados de los predictores sobre la variable criterio. Los que están fuera de las cajas son coeficientes de regresión estandarizados de unos predictores sobre otros. Los valores entre paréntesis son correlaciones de Pearson. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

En términos de varianza explicada de la variable criterio, salud mental general, la práctica de actividad física y dieta saludable explicarían el 10% ($R^2 = .10$) y se incrementaría el porcentaje de varianza en 25 puntos al añadir a la ecuación el estrés percibido ($R^2 = .35$).

4.3.2. Salud mental en términos de Bienestar Subjetivo

Hasta ahora hemos visto las relaciones entre personalidad, estilos de vida saludable, estrés percibido y bienestar mental concibiendo ésta en términos de SMG, ahora comprobaremos si hay diferencia en estas relaciones al considerar el bienestar mental en términos de bienestar subjetivo (BS). En la Tabla 19 aparecen las correlaciones entre los predictores y criterio.

Tabla 19: Correlaciones entre diferentes variables relacionadas con la variable dependiente BS.

	OF	AE	PAF	EP	BS
OF	—	.37**	.20**	-.31**	.47**
AE		—	.18**	-.48**	.55**
PAF			—	-.20**	.20**
EP				—	-.56**
BS					—

Nota. OF: optimismo fundado; AE: autoestima; PAF: práctica de actividad física; EP: estrés percibido; BS: bienestar subjetivo. ** $p < .01$

La Figura 10 pone de manifiesto que sí hay algunas diferencias apreciables al tomar como indicador del bienestar mental, el Bienestar Subjetivo del modelo de Diener en lugar del modelo de Goldberg de salud mental general. La PAF no está relacionada al BS y, en cambio, la autoestima, pese a tener una estrecha relación con el estrés percibido, no deja de ser significativa su contribución a la varianza de BS cuando entra en la ecuación el estrés percibido. Claro, que también el grado de relación entre autoestima y BS

($\beta = .44$, $p < .001$, Paso 1 y Paso 2) es mucho mayor que el que había entre autoestima y SMG ($\beta = .22$, $p < .001$, Paso1; $\beta = .20$, $p < .001$, Paso 2).

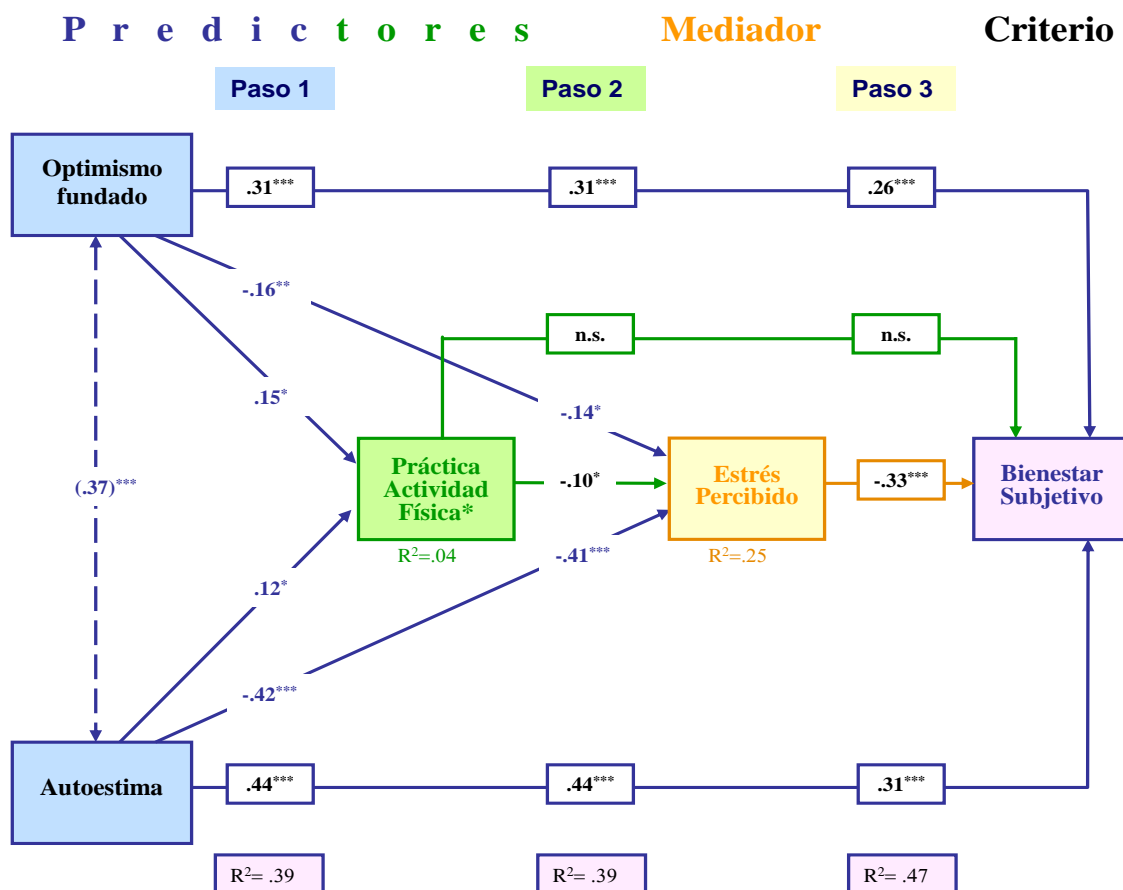


Figura 10. Representación gráfica del optimismo fundado, autoestima, práctica de actividad física como predictores y el estrés percibido como mediador del bienestar subjetivo.

Los valores en las cajas son coeficientes de regresión estandarizados de los predictores sobre la variable criterio. Los que están sin cajas son coeficientes de regresión estandarizados de unos predictores sobre otros. Los valores entre paréntesis son correlaciones de Pearson. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Los dos rasgos de personalidad son buenos predictores de bienestar subjetivo (BS), aunque en el Paso 3 reducen el nivel de relación debido a la influencia del estrés percibido que actuaría como variable mediadora. Obsérvese en este sentido, la fuerte relación entre autoestima y estrés

percibido después de controlar el efecto de la PAF ($\beta = -.42$, $p < .001$) y entre estrés percibido y bienestar subjetivo después de controlar el efecto del resto de predictores ($\beta = -.33$, $p < .001$).

En términos de varianza explicada de la variable criterio, bienestar subjetivo, los dos rasgos de personalidad explicarían el 39% ($R^2 = .39$) y se incrementaría el porcentaje de varianza en 8 puntos al añadir a la ecuación el EP ($R^2 = .47$). Cabe destacar la asociación entre EP y BS ($r = -.56$, $p = .01$).

De forma similar al modo en que se procedió en el anterior apartado cuando el bienestar mental fue interpretado en términos de SMG, ahora en este caso y con objeto de comprobar si la falta de relación significativa entre PAF y BS puede deberse al fuerte poder predictivo de la autoestima sobre BS, ejecutamos un nuevo análisis de regresión múltiple paso a paso sin las dos variables rasgo de personalidad (autoestima y OF).

Como puede comprobarse en la Figura 11, parece que así es y, al quitar de la ecuación la autoestima y el OF, la PAF aparece como predictiva del BS ($\beta = .20$, $p < .001$, Paso 1), aunque nuevamente el estrés percibido actúa como mediador de esta relación predictiva de la PAF sobre el BS y en el Paso 2 (cuando se añade a la ecuación el estrés percibido) deja de ser significativa, lo que queda corroborado por la relación de PAF con estrés percibido ($\beta = .20$, $p < .001$) y de este con BS ($\beta = -.56$, $p < .001$).

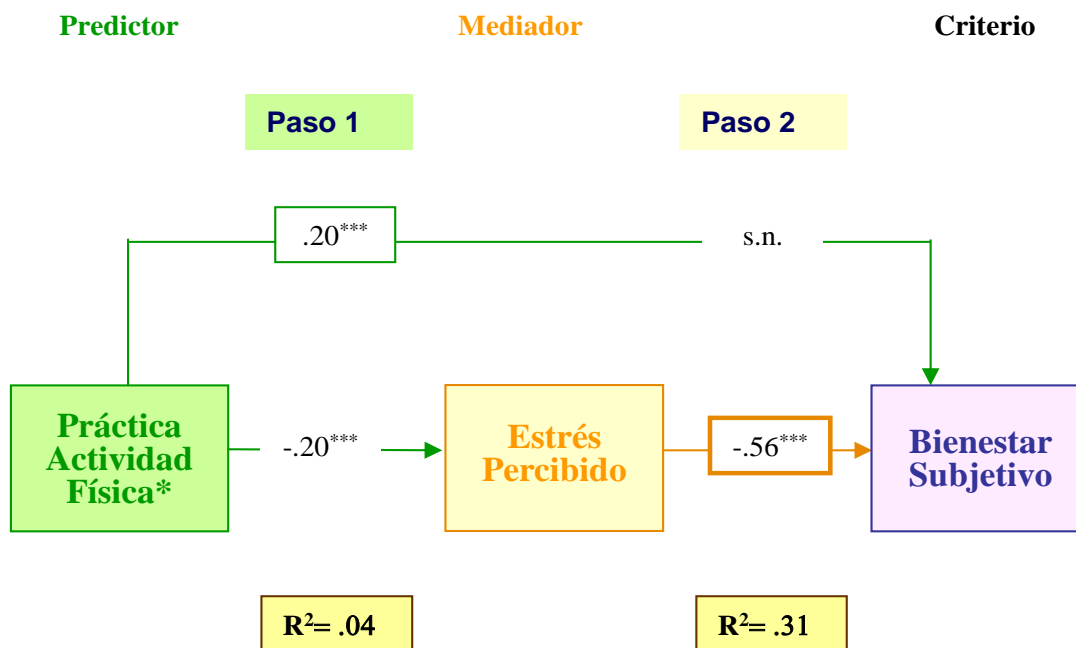


Figura 11. Representación gráfica de la práctica de actividad física como predictor y el estrés percibido como mediador de bienestar subjetivo.

Todos los valores son coeficientes de regresión estandarizados. $***p < .001$.

Es de destacar también cómo el coeficiente beta estandarizado de estrés percibido sobre BS es mucho menor ($\beta = -.33$, $p < .001$) cuando están en la ecuación las dos variables rasgo (sobre todo la autoestima) que cuando no lo están ($\beta = -.56$, $p < .001$), debido por un lado a la fuerte relación de estas variables de personalidad (sobre todo la autoestima) tanto con el BS como con el estrés percibido.

Por lo que respecta a la dieta saludable, esta no parece tener capacidad predictiva sobre el BS y la correlación entre ambas variables no es significativa. En términos de varianza explicada de la variable criterio bienestar subjetivo, la práctica de actividad física explicaría el 4% ($R^2 = .04$) y se incrementaría el

porcentaje de varianza en 27 puntos al añadir a la ecuación el estrés percibido ($R^2 = .31$).

4.3.3. Salud mental en términos de Calidad de Vida

Finalmente, se describen las relaciones de las variables disposicionales y los estilos de vida activos y saludables (PAF, DS) con el bienestar mental entendido este en términos de calidad de vida (CV). La Tabla 20 contiene las correlaciones entre las variables.

Tabla 20: Correlaciones entre diferentes variables relacionadas con la variable dependiente Calidad de Vida.

	OF	AE	PAF	DS	EP	CV
OF	—	.37**	.20**	.21**	-.31**	.42**
AE		—	.18**	.04	-.48**	.42**
PAF			—	.15*	-.20**	.25**
DS				—	-.04	.14*
EP					—	-.53**
CV						—

Nota. OF: optimismo fundado; AE: autoestima; PAF: práctica de actividad física; DS: dieta saludable; EP: estrés percibido; CV: calidad de vida. * $p < .05$ ** $p < .01$

Como muestra la Figura 12, tanto las variable disposicionales como la PAF actúan como buenos predictores de la CV, volviendo a mostrarse el estrés percibido como variable mediadora de todas las variables predictoras, aunque no de forma total, si no parcial, dado que aunque disminuyen los valores de los

coeficientes beta estandarizados, en ningún caso llegan a dejar de ser significativos.

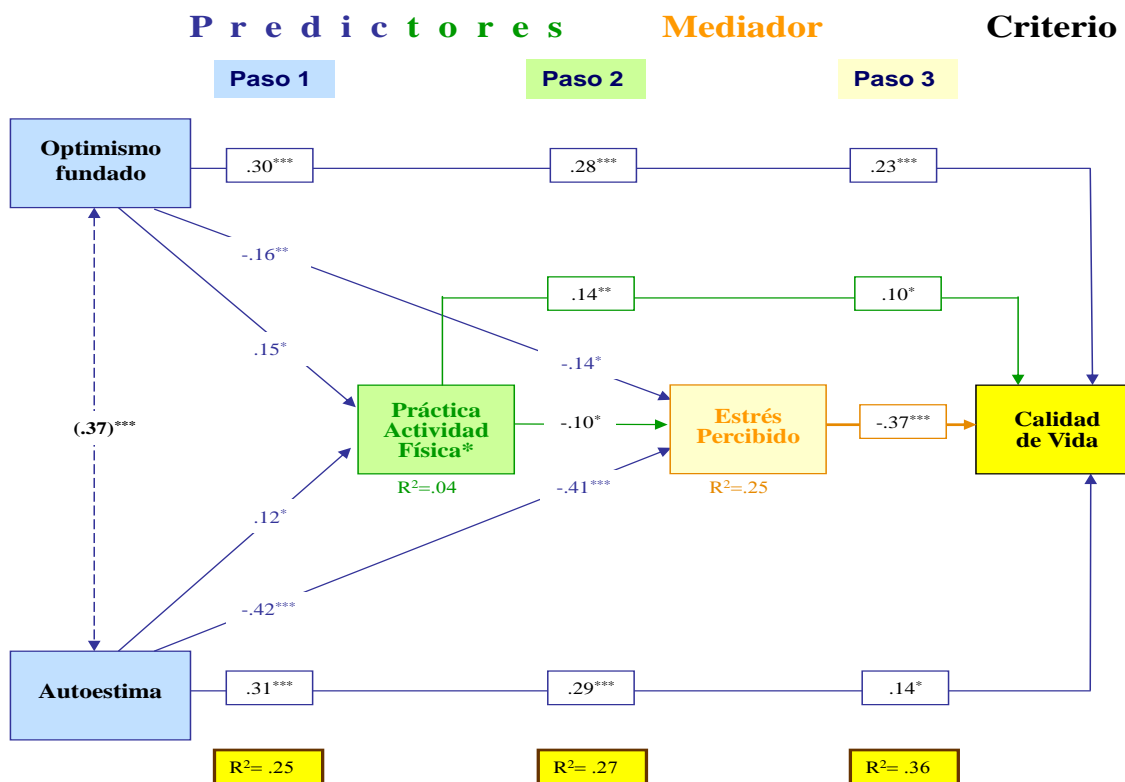


Figura 12. Representación gráfica del optimismo fundado, autoestima, práctica de actividad física como predictores y el estrés percibido como mediador de calidad de vida.

Los valores en las cajas son coeficientes de regresión estandarizados de los predictores sobre la variable criterio. Los valores que están sin cajas son coeficientes de regresión estandarizados de unos predictores sobre otros. Los valores entre paréntesis son correlaciones de Pearson. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

A diferencia del bienestar mental en términos de bienestar subjetivo, la PAF está relacionada a la CV y, en cambio, la autoestima, manteniendo su significativa relación con el estrés percibido, reduce su contribución a la varianza de CV cuando entra en la ecuación la PAF y de manera muy relevante

el estrés percibido. Claro, que también el grado de relación entre autoestima y CV ($\beta = .31$, $p < .001$, Paso 1 y $\beta = .29$, $p < .001$, Paso 2) es mucho menor que el que había entre autoestima y BS ($\beta = .44$, $p < .001$, Paso 1 y $\beta = .44$, $p < .001$, Paso 2; ver Figura 12).

En el Paso 3 todos los predictores reducen el nivel de relación debido a la influencia del estrés percibido que actuaría como variable mediadora. Obsérvese en este sentido, la fuerte relación entre estrés percibido y calidad de vida, que incluso ha incrementado con respecto al apartado anterior, después de controlar el efecto del resto de predictores ($\beta = -.37$, $p < .001$).

En términos de varianza explicada de la variable criterio calidad de vida, los dos rasgos de personalidad explicarían el 25% ($R^2 = .25$), se incrementa el porcentaje de varianza en 2 puntos al añadir a la ecuación la PAF ($R^2 = .27$) y finalmente al incorporarse EP el porcentaje de varianza incrementa 9 puntos, pasando a explicar el 36% ($R^2 = .36$). Cabe destacar la asociación entre EP y CV ($r = -.53$, $p < .01$).

Por otro lado, se vuelve a confirmar que la capacidad predictiva de la PAF sobre el bienestar mental (CV en este caso) es mayor cuando se quita de la ecuación de regresión la influencia que ejercen los rasgos de personalidad. De este modo, si observamos la Figura 13, veremos que los valores de los coeficientes estandarizados beta son mayores tanto en el Paso 1 como en el Paso 2 que los de la Figura 11.

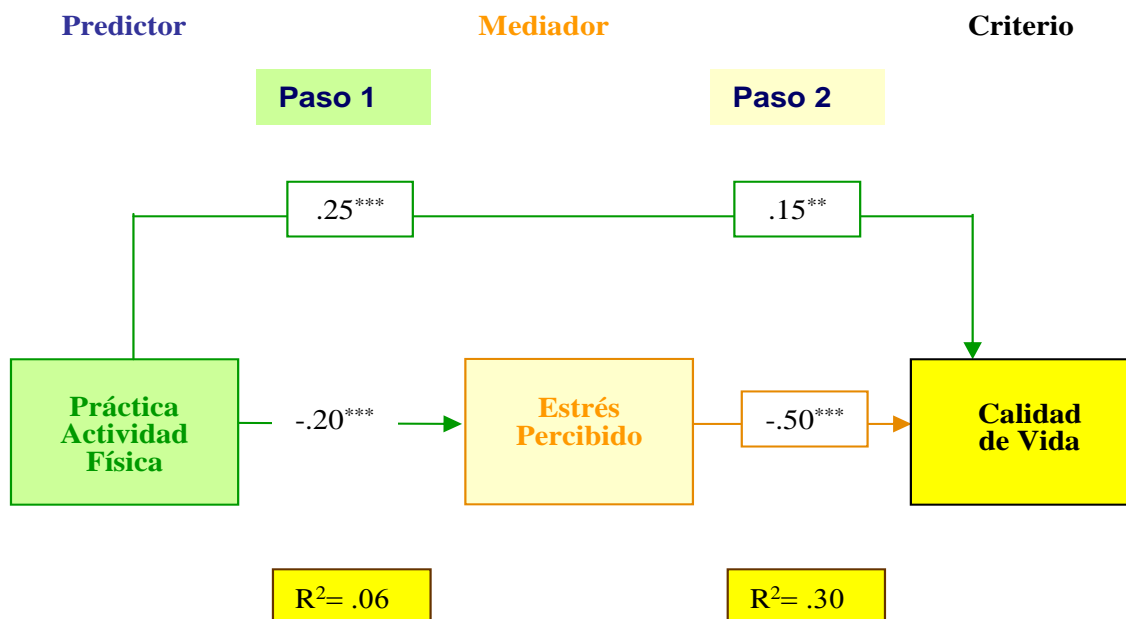


Figura 13. Representación gráfica de la práctica de actividad física como predictor y el estrés percibido como mediador de calidad de vida.

Todos los valores son coeficientes de regresión estandarizados. $**p < .01$, $***p < .001$.

En términos de varianza explicada de la variable criterio calidad de vida, la práctica de actividad física explicaría el 6% ($R^2 = .06$) y se incrementaría el porcentaje de varianza en 24 puntos al añadir a la ecuación el estrés percibido ($R^2 = .30$).

Cabe señalar que cuando en el Paso 1 de la ecuación de regresión múltiple se introduce no sólo la PAF sino también al mismo tiempo la variable dieta saludable (ver Figura 14), está no es significativa en el Paso 1 pero sí en el Paso 2, lo que puede deberse al hecho de que por un lado la PAF y la DS están relacionadas como puede observarse en la Figura 146 ($r = .15$, $p = .05$) pero por otro lado DS no está relacionada con el estrés percibido pero sí la PAF, de ahí que en el Paso 2 el coeficiente estandarizado beta que expresa la influencia de DS sobre CV sea significativo ($\beta = .10$, $p < .05$).

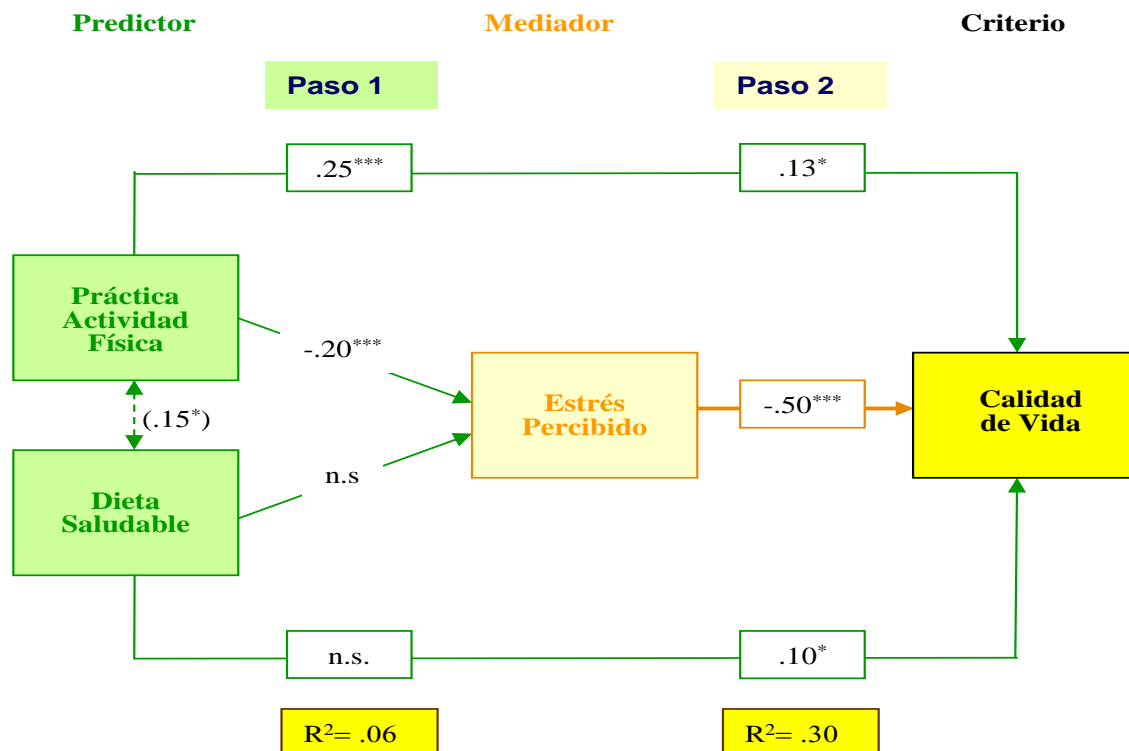


Figura 14. Representación gráfica de la práctica de actividad física y dieta saludable como predictores y el estrés percibido como mediador de calidad de vida.

Todos los valores son coeficientes de regresión estandarizados, excepto aquellos entre paréntesis. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

En términos de varianza explicada de la variable criterio, calidad de vida, la práctica de actividad física y dieta saludable explicarían el 6% ($R^2 = .06$) y se incrementaría el porcentaje de varianza en 24 puntos al añadir a la ecuación el estrés percibido ($R^2 = .30$)

Para confirmar esta hipótesis y comprobar si la DS afecta significativamente a la CV cuando no está en la ecuación de regresión conjuntamente con la PAF se ejecutó un nuevo análisis de regresión múltiple

por pasos, incluyendo en el primer paso la DS y añadiendo en el segundo paso el estrés percibido.

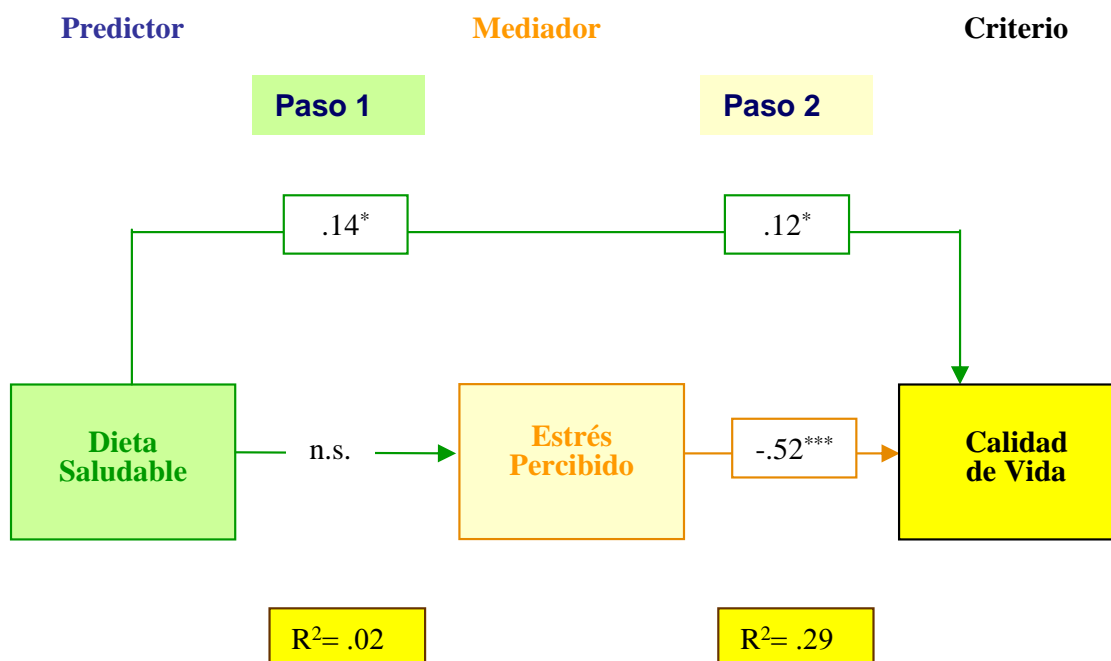


Figura 15. Representación gráfica de la práctica de la dieta saludable como predictor y el estrés percibido como mediador de calidad de vida.

Todos los valores son coeficientes de regresión estandarizados. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Como puede observarse en la Figura 15, efectivamente la DS ejercería un efecto directo sobre la CV ($\beta = .14$, $p < .05$, Paso 1 y $\beta = .12$, $p < .05$, Paso 2) y no estaría mediado por el estrés percibido, pues apenas disminuye el valor del coeficiente estandarizado beta del Paso 1 al Paso 2 y la relación entre DS y estrés percibido no es significativa.

En términos de varianza explicada de la variable criterio calidad de vida, la dieta saludable explicaría el 2% ($R^2 = .02$) y se incrementaría el porcentaje de varianza en 27 puntos al añadir a la ecuación el estrés percibido ($R^2 = .29$).

4.4. Variables personales y sociales en la adherencia a la práctica de la actividad física en adolescentes

De acuerdo con lo revisado y analizado en el apartado de Introducción seleccionamos las siguientes variables, Por un lado, variables de naturaleza disposicional como optimismo fundado y la autoestima. Por otro, variables específicas de naturaleza socio-cognitiva relacionadas con la práctica de la actividad física como: (1) expectativas de autoeficacia y de resultados, (2) apoyo social e influencia de los modelos sociales (padres, hermanos, amigos, etc.), (3) barreras percibidas, (4) disfrute e (5) intención. Véase la Tabla 21 para identificar las correlaciones entre dichas variables.

Tabla 21: Correlaciones entre variables disposicionales (optimismo fundado y autoestima) y variables socio-cognitivas (expectativas de resultados, apoyo social, expectativas de autoeficacia, barreras percibidas, disfrute e intención) específicas de la actividad física.

	OF	AE	ER	AS	EA	BP	DIS	IN	PAF
OF	—	.37**	.51**	.24**	.38**	-.08	.17**	.16**	.20**
AE		—	.13*	.10	.20**	-.28**	.21**	.13*	.18**
ER			—	.33**	.59**	-.13*	.35**	.30**	.27**
AS				—	.40**	-.24**	.56**	.49**	.50**
EA					—	-.25**	.45**	.38**	.46**
BP						—	-.42**	-.29**	-.40**
DIS							—	.64**	.70**
IN								—	.56**
PAF									—

Nota. OF: optimismo fundado; AE: autoestima; ER: expectativas de resultado; AS: apoyo social e influencias; EA: expectativas de autoeficacia; BP: barreras percibidas; DIS: disfrute; IN: intención; PAF: práctica de actividad física. * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$.

4.4.1. Variables disposicionales, expectativas específicas de la actividad física, apoyo social y barreras percibidas como predictores de la práctica de actividad física

En primer lugar se pone a prueba un modelo de variables personales y sociales como predictores de la práctica de actividad física (PAF) en adolescentes en el que cada una de estas variables fue considerada como predictor de la PAF. Para ello se llevaron a cabo análisis de regresión múltiple por pasos (“stepwise”) para comprobar el poder predictivo de cada una de las variables controlando el peso de las otras.

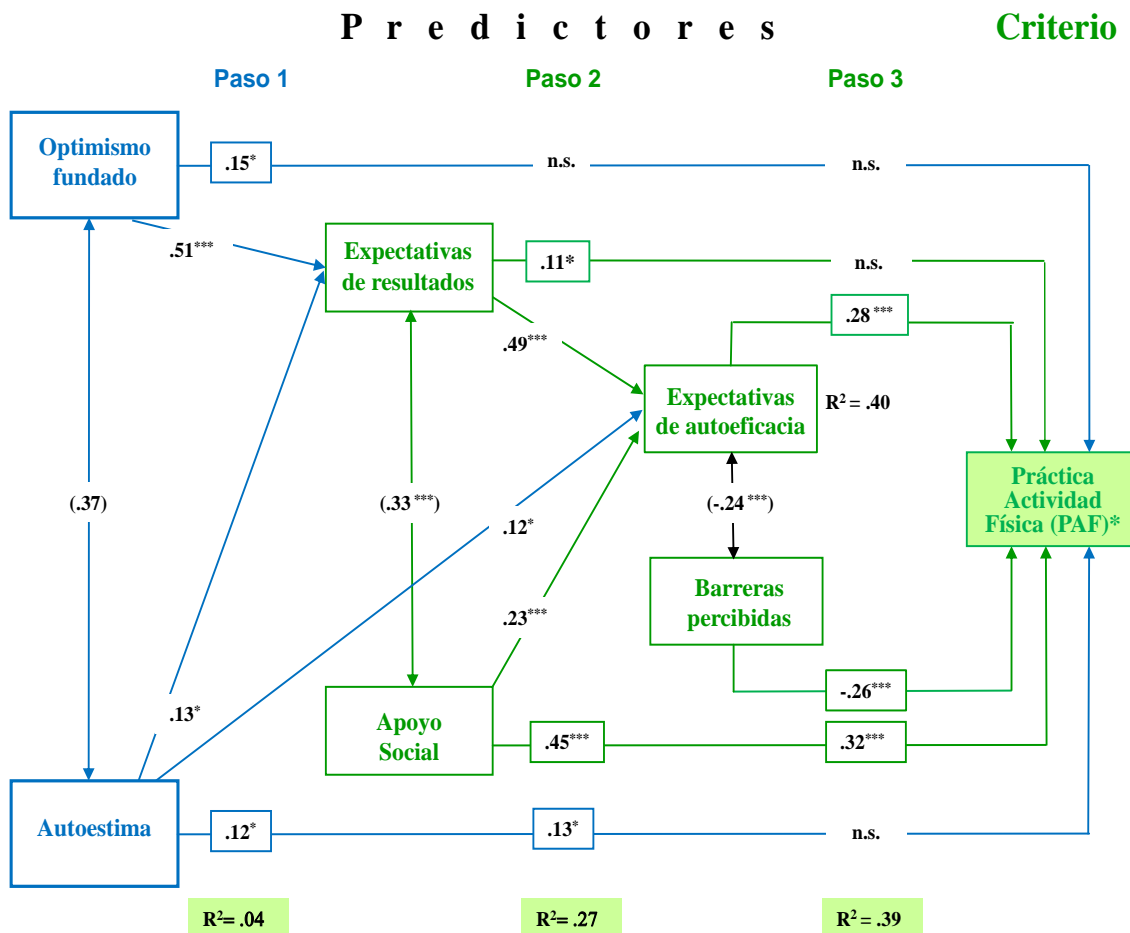


Figura 16. Representación gráfica de la capacidad predictiva del optimismo fundado y la autoestima como rasgos de personalidad, expectativas de resultados, apoyo social, expectativas de autoeficacia y barreras percibidas, como variables cognitivo-sociales, sobre la PAF.

Los valores en las cajas son coeficientes de regresión estandarizados de los predictores sobre la variable criterio. Los que están sin cajas son coeficientes de regresión estandarizados de unos predictores sobre otros. Los valores entre paréntesis son correlaciones de Pearson. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

En las Figuras 16 y 17 están representadas gráficamente las relaciones entre estas variables siguiendo las teorías cognitivo-sociales de la personalidad y el modelo de expectativas generalizadas de control, a los que ya hemos aludido en el apartado de Introducción.

Para exponer más claramente los resultados relativos a este objetivo, dada la cantidad de variables, en este apartado (ver Figura 16) aparecen sólo

las relaciones de las dos variables *disposicionales* o generalizadas de personalidad (autoestima y optimismo fundado) con la PAF y con las variables socio-cognitivas específicas de actividad física. Están representadas en color azul. Por otro lado, aparecen las relaciones de estas variables específicas de la actividad física entre sí y en cuanto a su capacidad predictiva sobre la práctica de la actividad física (PAF)

La capacidad predictiva de optimismo fundado (OF) y autoestima (AE) sobre la PAF es reducida pero significativa ($\beta = .15$, $p < .05$ y $\beta = .12$, $p < .05$, respectivamente). En el caso del optimismo fundado, este deja de ser significativo en el Paso 2, cuando se añaden a la ecuación dos variables socio-cognitivas específicas de la actividad física: las expectativas de resultados (ER) y el apoyo social e influencia social (AS). Esto es normal, debido a la fuerte relación entre OF y ER como queda ejemplificado en el coeficiente beta estandarizado ($\beta = .51$, $p < .001$). En cambio, la AE incrementa ligeramente su relación ($\beta = .13$, $p < .05$), siendo su relación con la ER, a diferencia de OF, más reducida ($\beta = .13$, $p < .05$). El hecho de que OF esté altamente relacionado a ER entra dentro de lo esperable dado que ambos constructos se refieren a expectativas, con las diferencias propias de cada uno ya señaladas en otra parte.

Cuando en el Paso 3 se añaden a la ecuación de regresión las expectativas de Autoeficacia (o el control conductual percibido en terminología de la Teoría de la Conducta Planificada de Azjen, 1991) y las barreras

percibidas (BP) emergen como buenos predictores de la PAF y la ER deja de ser significativa, sucediendo algo similar a lo argumentado antes cuando OF dejaba de ser significativo al añadir a la ecuación la ER. Vemos así una alta conexión entre variables que se refieren al constructo expectativa, algo que entra dentro de lo esperable. Por otro lado, la AE deja de ser también significativa en su predicción de la PAF en el Paso 3. En este caso, cabría destacar la correlación que AE tiene con BP ($r = -.28$, $p = .01$), aparte de que su coeficiente beta de por sí no era muy elevado.

En términos de varianza explicada de la variable criterio práctica de actividad física, los dos rasgos de personalidad explicarían el 4% ($R^2 = .04$), se incrementaría el porcentaje de varianza en 23 puntos al añadir a la ecuación las expectativas de resultado y apoyo social ($R^2 = .27$) y en 12 cuando entra en juego las expectativas de autoeficacia y barreras percibidas ($R^2 = .39$)

4.4.2. Expectativas de resultados, apoyo social, expectativas de autoeficacia, barreras percibidas, disfrute e intención como predictores de la práctica de actividad física

La Figura 16 recogía sólo parte del modelo de relaciones relativo al objetivo 2 de esta tesis. Si volvemos de nuevo a esa Figura 16, podremos observar cómo tanto por la parte de arriba como por la parte de abajo aparecen tres predictores (en total seis) que en diagonal están enfocadas hacia la variable criterio PAF. Pues bien en la parte de arriba están ubicadas las variables fundamentadas en el constructo expectativa, desde una perspectiva disposicional (optimismo fundado) a una perspectiva específica (expectativa de

resultados y expectativa de autoeficacia). Puede verse claramente que si bien el OF es predictivo de la PAF, deja de serlo al añadir a la ecuación de predictores la expectativa específica de resultados, y esta deja de ser significativa en el Paso 3, cuando entra la expectativa de autoeficacia específica de la actividad física, lo que pone de manifiesto su mayor poder predictivo sobre la PAF con respecto a la otra expectativa específica, la de resultados.

Estos resultados son completamente consistentes con las teorías Socio-cognitivas de Rotter (1978) y Bandura (1986, 1999) sobre el papel de las expectativas. También con el modelo de la Conducta Planificada de Azjen (1991), en particular en cuanto al poder predictivo de la variable control conductual percibido (equivalente al constructo expectativa de autoeficacia de Bandura). Por otro lado, si observamos la parte de debajo de la Figura 16, tenemos, aparte de la variable disposicional, el poder predictivo del apoyo social y las barreras percibidas, algo consiste con las teorías mencionadas y también con la teoría socio-cognitiva de Taylor y cols. (1994) que enfatiza el papel del apoyo social la predicción de la conducta. El poder de estas variables así como el poder de dos variables (*disfrute* e *intención*) más proximales en la cadena explicativa de la PAF representada en las Figuras 17 y 18 lo veremos con más detalle a continuación.

Como puede observarse en la Figura 17 todas las variables -a excepción de la expectativa de resultados- son buenos predictores de la PAF teniendo

cada variable poder predictivo sobre la variable criterio PAF, independientemente de la influencia de las demás variables predictoras. Estos resultados pueden interpretarse como que ninguna de las variables predictoras – salvo la ER- actuaría como mediadora de otras de un modo total, es decir, ninguna deja de ser significativa como consecuencia de la entrada en la ecuación de regresión de otra variable que podría estar actuando como mediadora, aunque si es cierto que las variables más distales del modelo pierden poder predictivo respecto a las proximales (disfrute e intención) en la cadena explicativa de la PAF. Cabe destacar que el apoyo social, en el Paso 3 ($\beta = .16, p < .01$), reduce la relación con la variable criterio de manera considerable con respecto al Paso 2 ($\beta = .32, p < .001$). Esto se debe a la alta correlación entre AS y DIS ($r = .56, p = .01$). Algo similar podría decirse BP que disminuye su poder predictivo cuando se añade a la ecuación DIS debido a la alta correlación, aunque algo menor, que hay entre BD y DIS. Véase la Tabla 11. Incluso la propia *intención* tiene una influencia menor que el *disfrute* sobre la PAF ($\beta = .19, p < .01, \beta = .31, p < .001$, respectivamente) a pesar de que la correlación entre INT y PAF es elevada ($r = .56, p = .01$, ver Tabla 21).

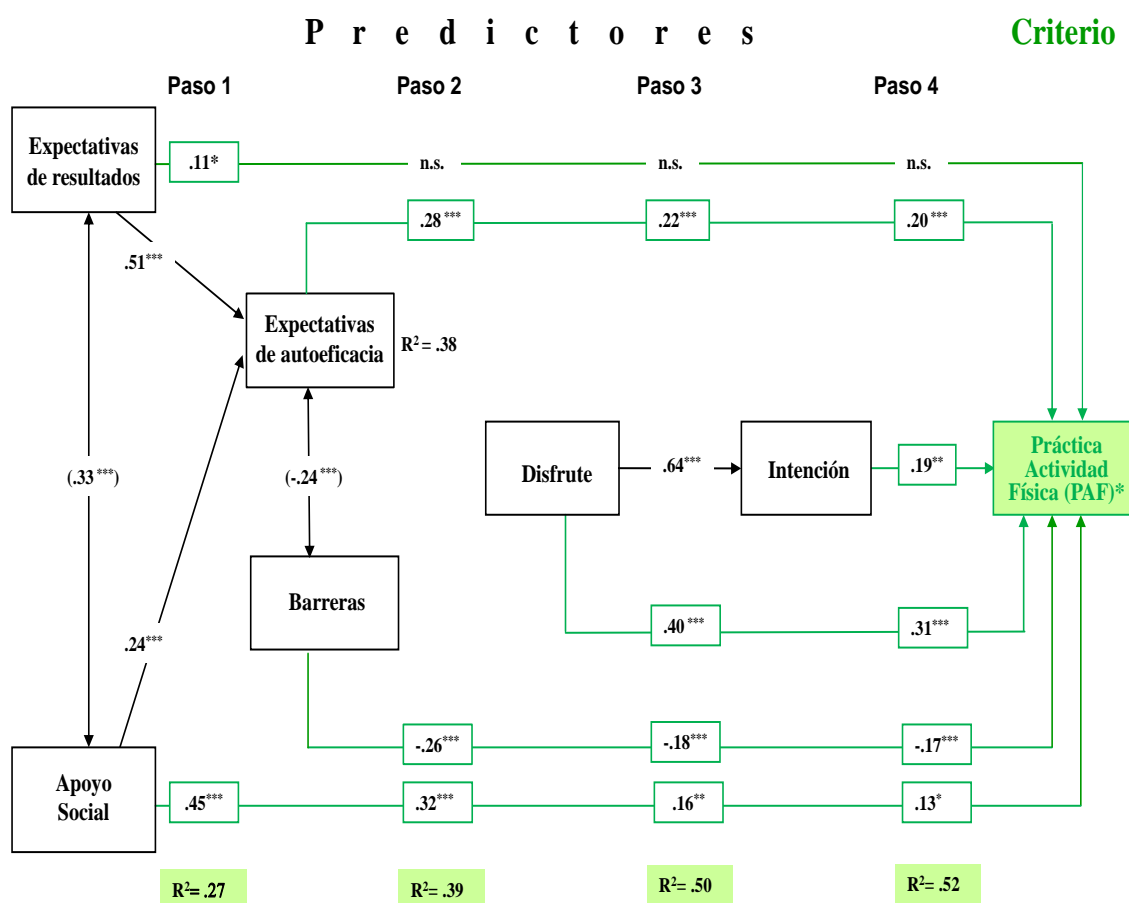


Figura 17. Representación gráfica de la capacidad predictiva de las expectativas de resultados, apoyo social, expectativas de autoeficacia, barreras percibidas, disfrute e intención sobre la PAF.

Excepto los valores entre paréntesis que son correlaciones de Pearson, el resto de los valores son coeficientes de regresión estandarizados. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Esto no ocurre, sin embargo, con la variable expectativas de autoeficacia, que desde que es añadida a la ecuación de regresión en el Paso 2 mantiene casi el mismo poder de influencia sobre la PAF, después de controlar la influencia del disfrute (Paso 3) y de la propia intención (Paso 4). Las expectativas de autoeficacia, por lo tanto, actúan como un poderoso predictor sobre la conducta (en este caso la PAF) tal como postula la teoría de

la conducta planificada de Azjen (1991) y, por supuesto, la propia teoría de Bandura (1976). Ver la parte superior de la Figura 17.

En términos de varianza explicada de la variable criterio PAF, las expectativas de resultado y el apoyo social que se encuentran asociados ($r = .33$, $p < .001$) explicarían el 27% ($R^2 = .27$), se incrementaría el porcentaje de varianza en 12 puntos al añadir a la ecuación las expectativas de autoeficacia y barreras percibidas ($R^2 = .39$), las variables más proximales aportan una significativa aportación en el porcentaje de varianza explicada, 11 puntos cuando entra en juego el disfrute ($R^2 = .50$) y 2 puntos cuando finalmente se incorpora en la ecuación la intención ($R^2 = .52$).

4.4.3. Determinantes de la intención de practicar actividad física

Según la teoría de la conducta planificada de Ajzen (1991) la intención es el principal determinante de la conducta, actuando como mediador de otras variables (actitudes y norma subjetiva, ver Figura 1, p. 27) que no incidirían directamente sobre la conducta, sino sólo sobre la intención, excepto el control conductual percibido. En nuestro modelo estas variables serían: expectativas de resultado (ER), apoyo social (AS) y expectativas de autoeficacia (EA), respectivamente.

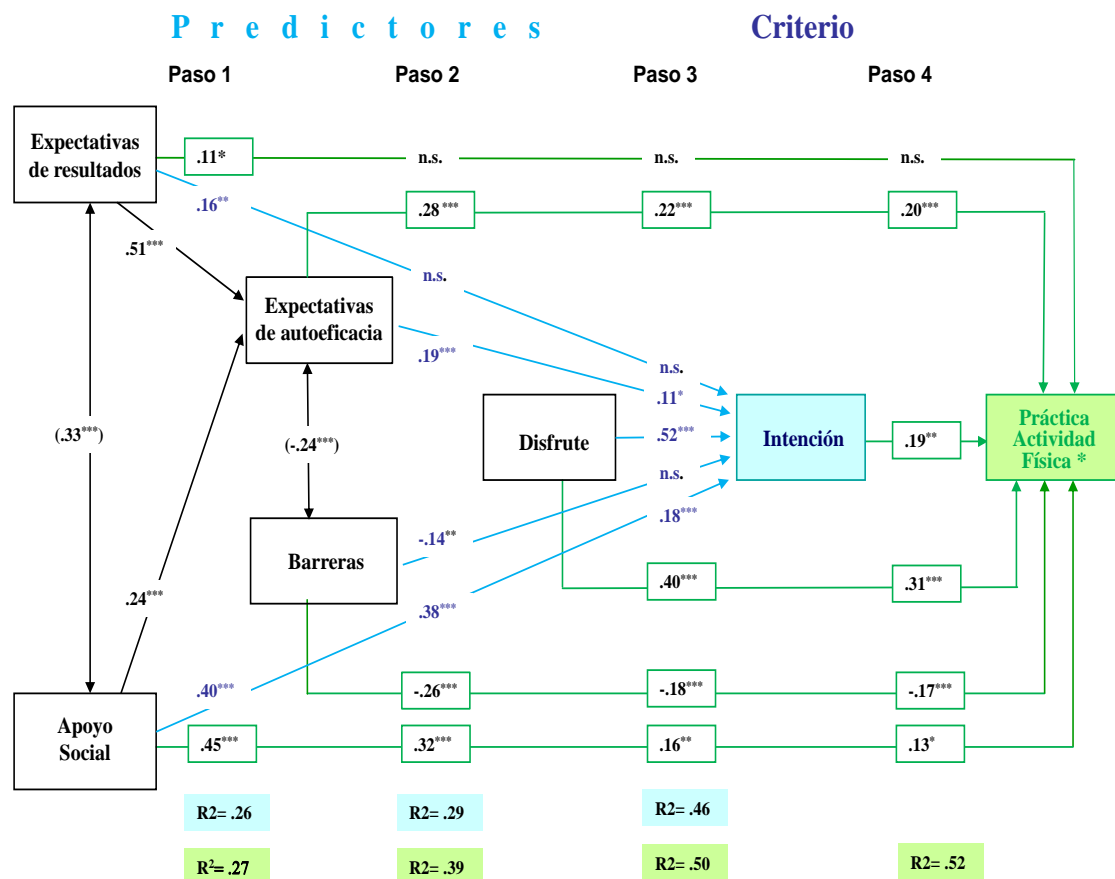


Figura 18. Representación gráfica de las expectativas de resultados, apoyo social, expectativas de autoeficacia, barreras percibidas y disfrute como predictores de la intención de hacer actividad física.

Excepto los valores entre paréntesis que son correlaciones de Pearson, el resto de los valores son coeficientes de regresión estandarizados. *p < .05, **p < .01, ***p < .001.

A diferencia de la Fig. 17, las vías de los predictores así como los coeficientes de regresión estandarizados se muestran en color azul; si bien se mantiene las vías y los valores de la Fig. 17, lo que permite dar una visión global y comparativa de los predictores de la intención y los de la propia práctica de la actividad física. Excepto los valores entre paréntesis que son correlaciones de Pearson, el resto de los valores son coeficientes de regresión estandarizados. *p < .05, **p < .01, ***p < .001.

De acuerdo con los resultados recogidos en la Figura 18, efectivamente todos ellos son predictores de la intención de practicar actividad física, actuando la intención como variable mediadora, pero sólo de un modo total en el caso de la expectativa de resultados (ER). Así, si se observa la parte de arriba de la Figura 18. ER sólo predice la PAF en el Paso 1 cuando “compite” en la predicción de la PAF sólo con AS. En cambio, el resto de variables son todas predictivas de la PAF en todos los pasos.

Pero volviendo a la predicción de la intención, los valores de los coeficientes de regresión beta de la Figura 18 pone de manifiesto el gran poder predictivo de una variable que no contempla la Teoría de Azjen, como es disfrute ($\beta = .52$, $p < .001$). De este modo, cuando se añade a la ecuación de predictores de la conducta (PAF), la expectativa de resultados y las barreras percibidas dejan de ser significativas, incluso baja bastante la influencia de la expectativa de autoeficacia y todavía más el apoyo social.

No obstante, resulta llamativo el gran poder predictivo del apoyo social sobre la intención, aunque también lo es respecto a la PAF. Con todo, y a pesar de la influencia de la variable disfrute sobre la intención de practicar actividad física, una variable personal, como las expectativas de autoeficacia, y otra social, como el apoyo social, se mantienen como potentes predictores de la intención.

En términos de varianza explicada de la variable mediadora, intención, las expectativas de resultado y el apoyo social explicarían el 26% ($R^2 = .26$), se

incrementaría el porcentaje de varianza en 3 puntos al añadir a la ecuación las expectativas de autoeficacia y barreras percibidas ($R^2 = .29$) y en 17 puntos cuando entra en juego el disfrute ($R^2 = .46$).

4.5. Optimismo fundado, locus de control externo, estilos de vida activa y saludable y rendimiento académico

Tabla 22: Correlaciones entre diferentes variables relacionadas con la variable dependiente rendimiento académico.

	OFG	LOC-E	OFA	LOC-EA	DS	DNS	PAF	RA
OFG	—	-.09	.54**	-.12	.21	-.08	.20**	.18**
LOC-E		—	-.16	.36**	-.09	.17**	-.03	-.36**
OFA			—	-.22**	.20**	-.09	.22**	.37**
LOC-EA				—	-.05	.21**	-.09	-.36**
DS					—	-.20**	.15*	.26**
DNS						—	-.05	-.33**
PAF							—	.23**
RA								—

Nota. OFG: optimismo fundado generalizado; LOC-E: locus de control externo, OFA: optimismo fundado académico; LOC-EA: locus de control externo académico; DS: dieta saludable; DNS: dieta no saludable; PAF: práctica de actividad física; RA: rendimiento académico. * $p < .05$ ** $p < .01$.

En relación con este último objetivo sobre la influencia que las variables disposicionales y los estilos de vida activos y saludables pueden ejercer en el rendimiento académico de los adolescentes, se volvió a considerar de nuevo como variable predictora el LOC externo y el optimismo fundado, pero no sólo en términos disposicionales o generalizados sino también en términos

específicos de las situaciones académicas.

Antes de describir los resultados relativos a la capacidad predictora de esas variables con respecto rendimiento académico, véase la Tabla 22 donde podemos encontrar las correlaciones entre todas las variables.

Como puede observarse en la figura 19, en el Paso 1 recogemos la relación de la variable disposicional de personalidad (optimismo fundado generalizado) y la variable de rasgo cognitivo (locus de control externo generalizado) con rendimiento académico. La capacidad predictiva de OFG y LOC-EG sobre el RD es significativa. En el caso del OFG, este deja de ser significativo en el Paso 2, esto es previsible, dado que ambos constructos se hayan integrados por las cuatro expectativas de naturaleza positiva, en OFA se trata expectativas específicas del contexto académico. Cabe realizar énfasis en la fuerte relación entre OFG y OFA como queda reflejado en el coeficiente beta estandarizado ($\beta = .54, p < .001$).

Cabe reseñar que en el locus de control externo académico, no se incluye la creencia en el destino, a diferencia del LOC-E generalizado en la que se incluye junto a las creencias de indefensión y suerte.

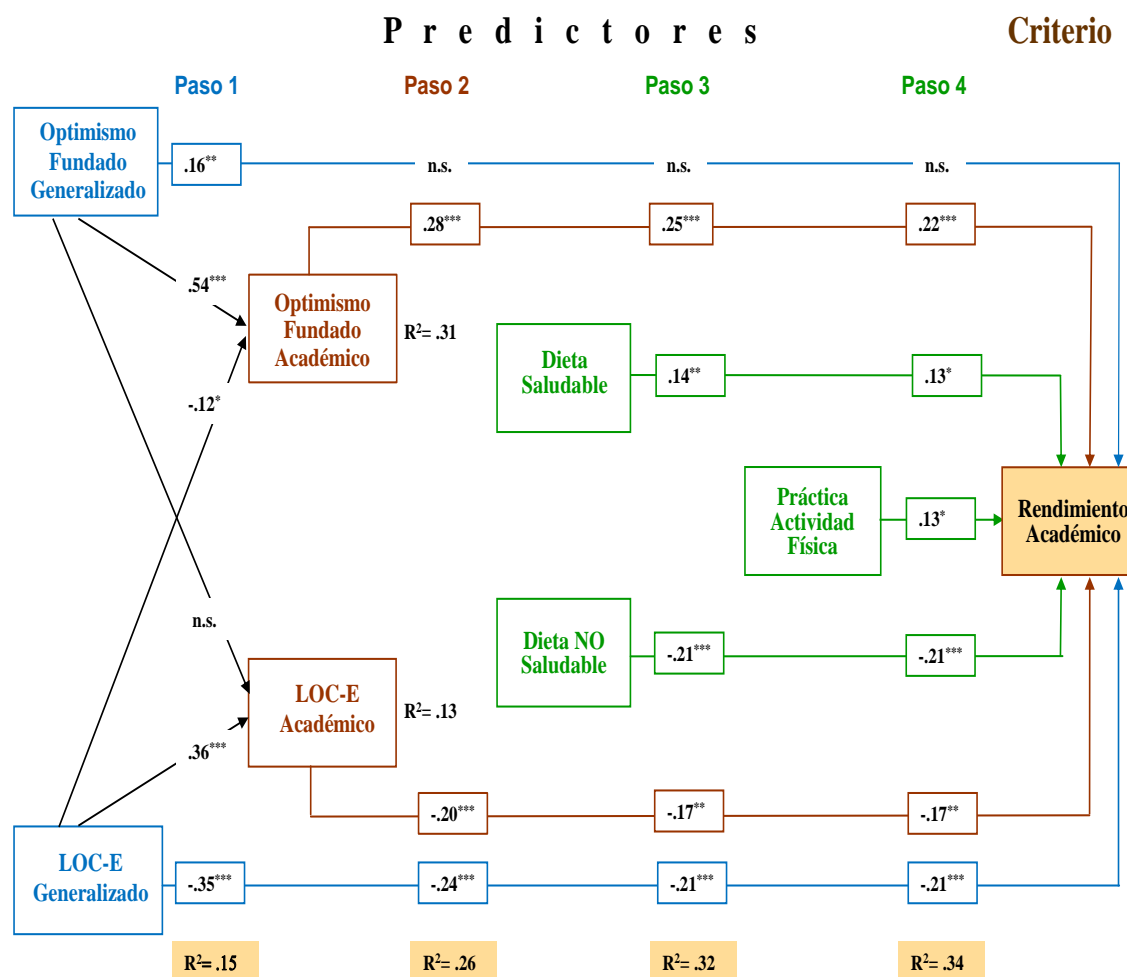


Figura 19. Representación gráfica del optimismo fundado generalizado, locus de control externo generalizado, optimismo fundado académico, locus de control externo académico, dieta saludable, dieta no saludable y práctica de actividad física como predictores de rendimiento académico.

Los valores en las cajas son coeficientes de regresión estandarizados de los predictores sobre la variable criterio. Los que están libres son coeficientes de regresión estandarizados de unos predictores sobre otros. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Las variables OFA y LOC-EA son buenas predictoras del RA, manteniendo su poder predictivo en los pasos 3 y 4, independientemente de la influencia de las demás variables predictoras. Estos resultados pueden interpretarse como que ninguna de las variables predictoras - salvo el OFA-

actuaría como mediadora de otras de un modo total, es decir, no dejan de ser significativas como consecuencia de la entrada en la ecuación de regresión de otra variable que podría estar actuando como mediadora. Las variables más distales del modelo pierden escaso poder predictivo respecto a las proximales (como pueden ser DS, DNS, PAF) en la cadena explicativa del RA.

En cuanto a la relación de la dieta saludable con el RA podemos identificarla como significativa. La dieta saludable parece ser predictora del RA ($\beta = .14$, $p < .01$ en el Paso 3 y $\beta = .13$, $p < .05$ en el Paso 4), no dejando de ser significativo cuando se añade a la ecuación de regresión la PAF.

La relación de la dieta no saludable con el RA es superior a la anterior ($\beta = -.21$, $p < .001$ en el Paso 3 y Paso 4), manteniéndose por tanto su nivel significativo cuando se añade a la ecuación de regresión la PAF.

En términos de varianza explicada de la variable criterio, rendimiento académico, optimismo fundado generalizado y el LOC externo generalizado explicarían el 15% ($R^2 = .15$), se incrementa el porcentaje de varianza en 11 punto al añadir a la ecuación optimismo fundado académico y LOC-E académico ($R^2 = .26$), el incremento de 6 puntos se produciría con la incorporación de la dieta saludable y no saludable ($R^2 = .32$) y finalmente el incremento de 2 puntos se produce con la incorporación de la práctica de la actividad física ($R^2 = .34$).

DISCUSIÓN

5. Discusión

En la adolescencia se instauran muchas pautas de comportamiento que van a tener una influencia poderosa sobre la salud en la vida adulta. Los estilos de vida deben fraguarse en la infancia y adolescencia para asentarlos a lo largo de la vida. El estímulo de formas de vida más activas físicamente, la calidad de la dieta y descanso deben ser considerados en cualquier estrategia en el ámbito de la salud pública.

Este estudio ha enmarcado los beneficios de la los estilos de vida activa y saludable tanto dentro del discurso médico como en otras consecuencias sociales, que podemos agrupar en beneficios cognitivos, sociales, psicológicos y en rendimiento escolar.

Los resultados de este estudio son consistentes con los obtenidos de las encuestas europeas y españolas recogidos anteriormente. Se constata un descenso progresivo en la calidad de la dieta, en la práctica de actividad física, junto al incremento del tiempo ocupado en actividades sedentarias, ocasionando un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas que provoca un aumento del sobrepeso y la obesidad que pueden causar diversos trastornos y complicaciones en la infancia y adolescencia, agravándose en la edad adulta.

He considerado modelos teóricos socio-cognitivos generales como la “Teoría de la Autoeficacia” de Bandura y la “Teoría de la Conducta Planificada” de Ajzen, con gran implicación en la comprensión de los estilos de vida activa y

saludable, y modelos de conducta específicos de ejercicio físico que tratan de explicar la conducta humana de forma integral y multidimensional. Los resultados obtenidos en este estudio, comparten la consideración que recogen los estudios meta-analíticos de Hagger, Chatzisarantis y StUARTY (2002) que consideran la Teoría de la Conducta Planificada de Ajzen como la de mayor validez predictora, la más acertada en explicar y predecir esas conductas. Se trata de una teoría diseñada para predecir y explicar comportamientos en contextos específicos y ha demostrado ser de gran valor en el estudio de las conductas de salud y ejercicio.

A través de los resultados del estudio se constata la evidencia teórica de que la práctica de actividad física tiene una fuerte influencia en estados emocionales como la disminución del estrés, mejora de la calidad de vida y rendimiento académico. Estos resultados están en la línea de la consideración de que los jóvenes que practican actividad física adicional a la contemplada en sus programas de estudio tienden a mostrar mejores cualidades como un mejor funcionamiento en términos cognitivos, niveles más altos de concentración de energías, cambios en el cuerpo que mejoran la autoestima, reducción del estrés percibido y un mejor comportamiento que incide sobre los procesos de aprendizaje (Cocke, 2002; Dwyer et. al., 1983; Shephard, 1997; Tempblay, Inman y Willms, 2000).

Solo una perspectiva sistemática bio-psico-social-ambiental del ser humano permite entender que las diferentes funciones fisiológicas y cognitivas

están interrelacionadas y que cambios o modificaciones positivas en algunas de ellas van a repercutir en cambios y modificaciones en esferas diferentes del organismo humano.

5.1. Práctica de la actividad física, calidad de dieta y descanso, en adolescentes

Según los resultados de este estudio un 63.3% de los adolescentes escolarizados realiza ejercicio regularmente, un 74,9% realiza actividad física moderada o vigorosa y un 10%, ocupa su tiempo libre en actividades sedentarias. Estos resultados concuerdan con los publicados en el informe de la Encuesta Nacional de salud (ENSE; INE, 2012) en el que se recoge que el 63.7% de los adolescentes españoles realiza esta actividad física al menos varias veces al mes, frente al 46.9% de las adolescentes que no lo hace. Por otra parte, más de la mitad de los adolescentes dedican más de dos horas de su tiempo libre a estar sentados frente a una pantalla (televisión, ordenador, videojuegos u otros dispositivos electrónicos). En 2011/12, único año disponible, casi el 90% de la población adolescente veía la televisión a diario, y cerca del 50% usaba el ordenador o los videojuegos cada día.

Sin embargo, los resultados recogidos en el estudio sobre conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (HBSC España, 2010) auspiciado por la Organización Mundial de la Salud, en el cual se realizan entrevistas cada cuatro años, utilizando una muestra representativa que incluyó a 11.230 adolescentes escolarizados con edades comprendidas entre los 11 y

los 18 años, prácticamente igual a los utilizados en este trabajo (12-18 años edad media 14,5). En este estudio en el año 2010 solo un 21% de los adolescentes realiza actividad física siete días a la semana, realizando menos actividad física que la recogida en este estudio (63.3% de los adolescentes escolarizados realiza ejercicio regularmente). Esto puede ser debido a que en nuestro trabajo se trata de alumnos escolarizados, sin embargo en el estudio anterior utiliza una muestra de adolescentes poblacional. Probablemente el nivel socio económico este influyendo y los alumnos no escolarizados tienen menor nivel socioeconómico, pertenecen a familias desestructuradas y por ello realizan menos ejercicio físico. Por otra parte indica que las horas diarias dedicadas a ver la televisión (incluyendo vídeos y DVDs), tanto en días entre semana como en fin de semana, son mayores en los chicos que en las chicas. Este estudio contempla que la frecuencia de actividad física es mayor en los adolescentes de género masculino y en los de menor edad.

Las horas dedicadas al descanso, horas de sueño, en este trabajo son de $8.4 \pm 1,3$ horas, sin que hayamos encontrado diferencias entre género. Estos datos son similares a los recogidos en el estudio de HSBC España (2010) donde se recoge que los adolescentes duermen una media de 8.57 ± 1.25 de lunes a viernes y de $9,30 \pm 1.64$ horas los fines de semana.

El 21.1% de los adolescentes cumplen con al menos nueve criterios del cuestionario de la dieta mediterránea (Milla-Tobarra et al., 2014; Martínez-Gómez et al., 2009), el consumo de frutas es superior en mujeres y el de pasta

y aperitivos es superior en hombres. Estos resultados concuerdan con los datos del Estudio de HSBC España (2010), en el que se recoge que el consumo nulo de fruta se detecta en un 4.2% de los adolescentes, siendo mayor este porcentaje en el caso de los chicos varones. Esta ausencia de consumo de fruta aumenta conforme avanza la edad. En el otro extremo, el consumo óptimo de fruta (es decir, consumir fruta todos los días, más de una vez al día) ocurre en el 17.2% de los adolescentes. En torno al 15% de los adolescentes consume dulces a diario, siendo mayor en el caso de las chicas. En ambos sexos, se observa un aumento del consumo de dulces desde los 11-12 años hasta los 15-16 años, con una clara disminución posterior. En torno al 22% de los adolescentes españoles consume refrescos u otras bebidas azucaradas a diario. En todos los grupos de edad, los chicos presentan un mayor consumo que las chicas. Además, se registra en ambos sexos un aumento del consumo de refrescos u otras bebidas azucaradas con la edad, en concreto, hasta los 15-16 años, estabilizándose a partir de este momento.

En el estudio Cuenca (Milla-Tobarra et al., 2014) realizado en 373 niños y adolescentes españoles la energía proveniente de refrescos y otros líquidos supone el 16% del aporte energético diario, el 40% del aporte de azúcares ingeridos en la dieta. Los niños con exceso de peso consumen menos zumos naturales y bebidas lácteas, y las niñas consumen menos leches enteras y bebidas refrescantes “light” que sus compañeras con normopeso.

En este trabajo presentan sobrepeso u obesidad el 14% de los adolescentes estudiados, porcentaje inferior al encontrado en el Estudio de HSBC España (2010), en el cual el 17% de los adolescentes españoles presentan sobrepeso u obesidad. Los datos son similares a otros estudios españoles (Martínez-Gómez et al., 2009).

5.2. Relación entre práctica de actividad física y *salud física* en adolescentes

Como ya hemos visto anteriormente, el cuestionario DEFA (INE, 2012) categoriza la práctica de actividad física en 4 niveles. No se ha encontrado diferencia entre ellos en las variables clínicas analizadas a excepción de la frecuencia cardiaca, que tenemos los menores valores en los grupos extremos. El hecho de que los de menor actividad física tengan menor frecuencia cardiaca, puede ser debido a otras variables que influyen en ella, como es la edad, género, determinación genética, labilidad, etc. En cuanto al índice de masa corporal, aunque es ligeramente inferior en la categoría de mayor actividad física, no alcanza la significación estadística ni tampoco en la presión arterial sistólica y diastólica. En otros estudios observacionales (Afrifa-Anane, Agyemang, Codjoe, Ogedegbe & de-Graft Aikins, 2015; Stevenson, Krishnan, Stoner, Goktas & Cooper, 2013), tampoco encontraron asociación entre la actividad física y los parámetros clínicos evaluados, en los que el incremento de peso y presión arterial fue independiente de la actividad física realizada por adolescentes. No obstante en algunos estudios sí se ha encontrado que los

niños con sobrepeso realizan menos actividad física que los que tienen normopeso (Janssen et al., 2005; Ness et al., 2007), lo que indica que pueden ser múltiples los factores que pueden estar influyendo en la citada relación y los resultados no siempre van en la misma dirección.

Sin embargo, si hemos encontrado una asociación entre el nivel de actividad física realizado y la forma física en sus diferentes dimensiones. Los sujetos con mayor nivel de actividad tienen mayor fuerza en tren superior e inferior, mayor velocidad y flexibilidad y mejor condición física general. Estos datos apoyan los hallazgos del The European Youth Heart Study (Ortega, Ruiz, Hurtig-Wennlof & Sjostrom, 2008), en el que se demuestra que dedicar 60 minutos al día a practicar actividad física de moderada intensidad se relaciona con una capacidad cardiovascular más saludable en los adolescentes. No obstante, esta asociación encontrada en estos dos estudios, no tiene un respaldo general en la literatura científica, pues la actividad física realizada diariamente explica solamente un porcentaje relativamente pequeño de la capacidad aeróbica (Dencker et al., 2006), influyendo en mayor proporción los determinantes genéticos y condiciones ambientales (Hands, Larkin, Parker, Straker & Perry, 2009; Pahkala et al., 2013), por lo que esta asociación cuando se ha encontrado ha sido débil. Esta variabilidad de resultados también puede estar influida por los instrumentos de medida que no siempre son los suficientemente objetivos y fiables (Martínez-Vizcaíno & Sánchez-López, 2008).

La relación negativa encontrada entre índice de masa corporal y la condición física, apoya los hallazgos de Pahkala et al., (2013) en el estudio de cohortes prospectivo desarrollado, en el que también hallan que un elevado índice de masa corporal se asocia con peor capacidad cardiorrespiratoria independientemente de la actividad física que realizan los adolescentes.

5.3. Relación entre personalidad, estilos de vida activa y saludable y la *salud mental* en adolescentes

Los resultados relativos a nuestro tercer objetivo parecen corresponderse bastante bien con lo que cabría pensar, de acuerdo con lo que ya hemos apuntado en el apartado de Resultados, incluso con gran parte de los estudios revisados en Introducción.

En primer lugar, podemos observar cómo el optimismo fundado y la autoestima, dos de las variables de una personalidad sana o *saludable*, como viene a decir la neurocientífica Tali Sharot en sus estudios (v.g., Sharot, 2011) son predictoras de la práctica de actividad física en nuestra muestra de adolescentes. Por supuesto, estos rasgos de personalidad saludable lo son en la medida en que predicen y bien diversas medidas de salud mental. En este caso, optimismo fundado predice, después de controlar los efectos de actividad física y estrés, la salud mental general (tal como ha sido medida con el GHQ-12).

Por otro lado, en los estudios revisados en la Introducción veíamos que la disminución del estrés percibido era uno de los beneficios de la práctica de la

actividad física. Nuestros resultados confirman eso, aparentemente de forma débil, como puede observarse en la Figura 6, en la que aparece un coeficiente beta de -0.10 . Sin embargo, hemos de darnos cuenta que en esta figura están actuando otros predictores, por lo que si observamos la Figura 7, encontramos que la actividad física duplica su capacidad predictora sobre el estrés. Además, muestra una mayor capacidad predictora sobre la salud mental, al haber quitado la influencia de las variables de personalidad saludable, particularmente optimismo fundado.

Un hallazgo interesante y enormemente significativo es el hecho de que en nuestro estudio la dieta saludable correlaciona alta e inversamente con la dieta no saludable, quienes a su vez muestran una gran validez discriminativa, en cuanto que mientras dieta saludable está asociada a actividad física, no sucede así con la dieta no saludable. Pero, el hallazgo más importante, no visto hasta ahora es que esta validez discriminante opera también con los rasgos de personalidad saludables y no saludables. Así, mientras optimismo fundado predice de forma significativa la dieta saludable, es decir, personalidad saludable (optimismo) y dieta saludable parecen estar asociadas según nuestros datos. Y esto no se había visto hasta ahora. Bueno, es cierto que, por ejemplo, la neurocientífica Tali Sharot en sus recientes estudios expone que los optimistas es más probable que coman más sanamente. Pero lo cierto es que nuestros datos son suficientemente significativos y, además, empleando una

medida del optimismo mucho más apropiada⁴ para poder hacer estas predicciones. Así, como quedó bien descrito en la Introducción, el optimismo fundado (OF) consta de cuatro expectativas de control de naturaleza positiva. La primera de ellas hace referencia al LOC interno, de modo que las personas creen que ellos pueden influir en las cosas que les suceden, y si creen –como se viene promoviendo desde las instituciones sanitarias- que seguir una dieta saludable y hacer ejercicio trae consigo beneficios para la salud (física y saludable), no es muy difícil vaticinar que aquellas personas con un LOC interno intenten seguir una dieta saludable y hacer ejercicio. Y eso es lo que claramente confirman nuestros resultados (véase la Figura 8). Por la misma razón, las personas con LOC externo parecen seguir dietas no saludables, a tenor de la capacidad predictiva que muestra la variable LOC externo sobre Dieta no Saludable (véase la Figura 8). En cambio no afecta a la práctica de la actividad física. No tenemos datos con los que comparar estos resultados, pero por lo comentado hace un momento encaja perfectamente con la teoría.

Por otro lado, si observamos la Figura 8, le llamaré la atención al lector respecto a la poderosa capacidad predictiva del OF sobre la Salud Mental General, si comparamos esa Figura 8 con la Figura 6. Pero claramente, eso se debe en que en la Figura 6 el OF tiene que competir con un constructo proximal

⁴ Es de destacar que el optimismo fundado, aunque ya se ha empleado en bastantes investigaciones, sin embargo, su uso en los círculos de revistas científicas de impacto es todavía algo desconocido por su juventud y poca divulgación hasta ahora, frente a otros tipos, como el optimismo disposicional (v.g., Carver & Scheier, 2014). Recordemos, que el OF es un constructo multifacético derivado del modelo de Expectativas Generalizadas de Control de Palenzuela.

a la salud, visto desde punto de vista negativo, como es el estrés percibido, en la explicación de la varianza de la salud mental general.

Si avanzamos hacia los resultados que nos ofrece la Figura 9, podremos observar, que ambos estilos de vida activa (práctica de actividad física) y saludable (dieta saludable) son buenos predictores de la salud mental, corroborando cantidad de estudios, particularmente en el caso de la relación actividad física-salud mental, no tanto en el caso de la dieta saludable, en la que nuestros datos son relativamente novedosos. Y esto sucede así, de pues de controlar el estrés percibido como un gran predictor de la salud mental. A su vez podemos comprobar, que como muestran muchos de los estudios revisados en la Introducción, la actividad física está bien asociada a estrés percibido, de modo que como señalan muchos de esos estudios, el ejercicio físico es un buen amortiguador del estrés percibido, en cambio, la dieta saludable no afecta al estrés percibido y eso se pone de manifiesto cuando se añade a la ecuación de regresión el estrés percibido como un mediador y los valores de la dieta saludable no cambian en su predicción de la salud mental general, mientras que sí lo hace la práctica de la actividad física, aunque, por supuesto, se mantenga con poder predictivo (véase la Figura 9).

Estos serían los aspectos más significativos de los resultados de esta investigación. Que se podría resumir diciendo, que ya sabíamos que la actividad física beneficia la salud mental, reduciendo también el estrés percibido. Conocíamos menos el papel diferencial que juegan la dieta sana

versus la no sana, al estar la primera asociada a su vez a una personalidad optimista saludable y ambas (dieta saludable y personalidad saludable) estar muy bien conectadas con una salud mental general.

Si tomamos como indicador de salud mental, los otros instrumentos que hemos utilizado en nuestra investigación encontramos en general resultados muy similares, aunque con alguna peculiaridad, que tal vez no sean suficientemente relevantes resaltar en estos momentos.

5.4. Variables personales y sociales que influyen en la adherencia a la práctica de actividad física en adolescentes

Como veíamos en la Introducción lo que está detrás de este punto es suficientemente importante, por la cantidad de teorías que lo ha podido abordar así como los estudios realizados y, claro está, por la relevancia que tiene, pues si la práctica de actividad física tiene tantos beneficios es necesarios identificar los factores que la promueven y los factores que la obstaculizan.

Nuestros resultados en general confirman los postulados de la mayoría de las teorías revisadas, y están en la línea de muchos de los estudios que también hemos informado en la Introducción. Así, a la hora de abordar muchas de las variables de estas teorías elaboramos un modelo explicativo de la adherencia añadiendo a ese modelo algo que no suele hacerse, como es el incorporar variables disposicionales de personalidad. Y esto tiene en parte su razón de ser en la medida de que algunas de estas variables o factores personales determinantes de la adherencia a la actividad física tienen que ver

con modelos en los que el constructo expectativa o el control percibido juegan un papel central como ya vimos en la revisión teórica de la Introducción. Eso hizo que el modelo explicativo se alargara un poquito, de ahí que no vimos obligados a dividirlo.

Los resultados de la Figura 16, ponen de manifiesto el mayor poder predictivo de las variables de personalidad *específicas* en la predicción de la adherencia a la actividad física, como son las expectativas de resultados y, especialmente, las expectativas de autoeficacia, o el control conductual percibido según el modelo de la conducta planificada. De este modo, la autoeficacia percibida emerge como un potente predictor de la conducta específica de la actividad física, al igual que las barreras y el apoyo e influencia social.

Este poder predictivo del apoyo de los otros, aparte de confirmar el modelo de Taylor et al. (1994) está en consonancia con infinidad de estudios (v.g., Biddle & Goudas, 1996; Castillo et al. 2004; Sallis & Owen, 1999; Wold & Hendry, 1998; Freedson & Evenson, 1991). En nuestro estudio, la variable que hemos denominado apoyo e influencia social también recoge la influencia que pueden ejercer los padres que perciben a sus hijos competentes para el ejercicio físico, pues hace que los adolescentes participen más en actividades físicas y deportivas. En este sentido, hay muchos estudios (Bois et al. 2002; Dempsey et al., 1993; Eccles et al. 1990; Fredricks & Eccles, 2003) que corroboran ese papel de los padres, recogido en nuestra variable de apoyo

social, en determinar que los adolescentes se adhieran más al ejercicio físico. El alto poder de la expectativa de autoeficacia, así como las expectativas de resultados, sobre la práctica de la actividad física también se ha demostrado en muchos estudios (v.g., Rejeski & Gauvinn, 1993).

Las barreras percibidas, incluidas en muchas de las teorías revisadas, es una de las variables altamente predictivas de la actividad física en nuestro estudio, y encuentra su réplica en estudios relativamente recientes como el de Puyal et al (2010). Y son muchos los estudios que ponen de manifiesto su relevancia (v.g., Sallis & Owen, 1999; Pate et al. 2010). En muchos de estos estudios, se ha corroborado que entre los obstáculos para realizar actividad física suele citarse la falta de tiempo, algo que se recogía en nuestra medida de barreras percibas.

Por último, a estos tres poderosos factores (expectativas de autoeficacia, apoyo e influencia social y barreras percibidas) incluidos en nuestro modelo teórico de la cadena explicativa de la adherencia a la actividad física añadimos guiados por la teoría de la conducta planeada de Azjen (1991) y otras afines dos factores o variables proximales de esa cadena explicativa, que obviamente tenían que emerger como poderos predictores de la práctica de la actividad física. Como puede comprobarse en la Figura 17, estos dos predictores son el disfrute y la intención. La intención, al ser un componente de la teoría de la conducta planificada y otras afines, no nos sorprende tanto el poder predictivo que ha mostrado en nuestro estudio (ver Figura 17). Sin embargo, aunque de

sentido común y reconocido en muchas teorías, la diversión también se postula como un gran predictor proximal de esa cadena explicativa, consistentemente con otros estudios (v.g., Castillo et al. 2004; Gálvez et al. 2007; García et al., 2004; Nuviola et al., 2006).

A pesar de este gran poder de la intención y la diversión, como ponen de manifiesto cantidad de estudios, incluido el nuestro, otros factores ya comentados, como las expectativas de autoeficacia, las barreras percibidas y el apoyo e influencia de otros significativos, se muestran altamente significativos, incluso después de controlar el poder explicativo de la intención y la diversión, como puede observarse en los resultados de la Figura 17.

Para terminar la discusión relativa a este cuarto objetivo, confirma parcialmente teorías como la teoría de la conducta planeada, en cuanto que la intención, para ellos el último eslabón en la explicación de la conducta, sea la actividad física, las conductas de salud u otras, los resultados de nuestro estudio en relación con la predicción de la actividad física, muestran el poderoso efecto de la diversión o disfrute de esa actividad, que anula el efecto de otras variables, como la expectativa de resultados o las barreras, que por sí solas sí serían predictivas de la intención de hacer ejercicio físico. Las otras dos variables que aportan explicación a la intención, controlando el poder de la diversión, son nuevamente, las expectativas de autoeficacia y el apoyo de otros significativos (véase la Figura 18).

5.5. Relación entre personalidad, estilos de vida activa y saludable con el rendimiento académico en adolescentes

Aunque se hayan realizado estudios entre actividad física y rendimiento académico, no han sido en la cantidad y variedad sobre los beneficios de la actividad física sobre la salud. Los resultados de nuestro estudio ponen claramente de manifiesto una relación entre la práctica de la actividad física y una mejora en el rendimiento de los adolescentes. Esto corrobora una serie de estudios llevados a cabo en otros países como EEUU, California, concretamente, (v.g., Dewyer et al. 1983, 2001; Linder, 1999, 2002; Shephard, 1997, Tremblay et al., 2000). Nuestros resultados son muy interesantes, no simplemente porque van en la línea de otros, sino que conectan además con la sabiduría popular y que recoge muy bien Cocke (2002) al sugerir que el ejercicio regular puede mejorar el funcionamiento cognoscitivo y aumentar, en el cerebro, los niveles de las sustancias responsable de mantenimiento de la salud de las neuronas. Obviamente, esto tiene implicaciones importantes, ya no sólo para el rendimiento de los adolescentes, sino también de los adultos y personas mayores de cara a poder afrontar mejor problemas neurológicos.

Como señala Shephard, (1997) están claramente identificadas las vías por las que la actividad física promueve un mejor rendimiento, sea el académico de los adolescentes u otro. Esta mejora en el rendimiento a través de la práctica de la actividad física, puede producirse, como viene a señalar Shephard (1997) debido a que la actividad física regular activa el alto flujo de

sangre que recibe el cerebro, se producen cambios en los niveles hormonales, hay mayor asimilación de nutrientes y, por consiguiente, mayor actividad cerebral.

Si observamos los resultados de la Figura 19, podremos comprobar que en el modelo de regresión realizado, en paso último (Paso 4) cuando están compitiendo en la ecuación 7 variables por explicar el rendimiento académico, nos encontramos que todas menos una (optimismo fundado generalizado) explican por igual la varianza del rendimiento académico, que por cierto no es nada desdeñable, un 34%. Pero de entre ellas nos llama la atención, dada la temática principal de esta tesis, el poderoso efecto negativo que tiene la variable dieta no saludable. Hasta donde nuestro conocimiento llega no conocemos resultados similares. Sin embargo, parece coherente ese resultado con los comentarios que acabamos de hacer en relación a la actividad física. Por supuesto, la dieta saludable proporciona beneficios de cara a un buen rendimiento académico.

Más allá de los estilos de vida activo (actividad física) y saludable (buena alimentación) aparecen como poderosos predictores del rendimiento académico, lo que en otro momento hemos llamado personalidad saludable. Es decir el optimismo fundado, aunque como ya sucedía en el caso de los determinantes de la actividad física, y de acuerdo con la teoría revisada en la Introducción, las variables específicas de criterio específico a predecir son más significativas, como es lógico y coherente con la teoría en personalidad. De

este modo, uno de los más potentes predictores del rendimiento académico de los adolescentes es el optimismo fundado académico. Y, por el contrario, los perjudicadores del rendimiento académico son las creencias en LOC externo, mostrándose curiosamente más fuerte el LOC externo generalizado que el específico de situaciones académicas. Una posible razón, entre otras, es que el LOC externo académico que ha utilizado en este estudio contiene sólo dos facetas, mientras que el LOC externo generalizado contiene cuatro facetas. Estos resultados, son completamente coincidentes con una reciente investigación, también de tesis doctoral, realizada con 1885 adolescentes escogidos aleatoriamente de todos los colegios de Aragón, realizada por Royo (2015).

5.6. Implicaciones prácticas e intervención

Una vez identificados los intereses y motivaciones que determinan la práctica de la actividad física en adolescentes, podremos sugerir medidas para prevenir el abandono de la práctica físico-deportiva durante la adolescencia.

Así mismo, conocer los efectos positivos de los estilos de vida activa y saludable sobre la salud física y mental que pueda contribuir a mejorar la información para difundir a la población general a este respecto y con ello contribuir indirectamente para una mayor motivación para el cambio hacia una actitud más activa y saludable.

Los estilos de vida activa y saludable deben considerarse un elemento central y fundamental en los programas de promoción de la salud para poblaciones infanto-juveniles con y sin patologías específicas, como las dificultades de aprendizaje, los síntomas de hiperactividad o conducta disocial.

5.7. Limitaciones del estudio y perspectivas futuras

En este estudio hemos identificado algunas limitaciones surgidas durante el proceso de investigación. Estas son las más significativas:

La naturaleza del estudio transversal que hemos desarrollado, no permite determinar la causalidad ni la reciprocidad de las relaciones establecidas entre variables. La información sobre diferentes variables la obtuve mediante cuestionarios, y aunque todos son herramientas validadas no se puede descartar cierto componente subjetivo en las respuestas. Asimismo el hecho de que considerando que la naturaleza de las conductas que corresponden a estilos de vida saludable, así como que los factores que la influyen, son multidimensionales, puede haber algunos factores que no se hayan controlado, es necesario en futuras investigaciones realizar estudios de corte longitudinal

Por último, La forma de recogida de datos, mediante cuestionarios, dificulta la disponibilidad y el mantenimiento del interés por parte del alumnado hacia su contestación.

Propuestas de investigación a desarrollar en el futuro:

Realizar estudios longitudinales que valoren la influencia directa e indirecta del ambiente social y cultural del adolescente en su práctica de la actividad física.

Diseñar, desarrollar y evaluar propuestas de intervención a partir de los datos obtenidos en este tipo de estudios que favorezcan un cambio de conducta hacia el desarrollo de estilos de vida saludable.

CONCLUSIONES

6. Conclusiones

1° El 63% de los adolescentes practican actividad física varias veces a la semana, siendo mayor la frecuencia en los varones y en los de menor edad y el 21% la realizan todos los días de la semana. No obstante, más de la mitad de los adolescentes dedican más de dos horas diarias de su tiempo libre a estar sentados frente a una pantalla.

2° El 21,1% de los adolescentes estudiados cumplen al menos nueve criterios del cuestionario de la dieta mediterránea y el 4,2% no consumen nada de fruta, especialmente los varones de mayor edad.

3° Los adolescentes estudiados dedican 8,5 horas diarias al descanso, es decir horas de sueño.

4° El grupo de adolescentes con mayor actividad física tiene mayor fuerza física en el tren inferior, mayor velocidad y mejor condición física general que los grupos que realizan menor actividad física. Asimismo un mayor rendimiento en las pruebas físicas y mejor condición física general se asocia a un menor índice de masa corporal.

5° Estilos de vida activa (práctica de actividad física) y saludable (dieta saludable) son buenos predictores de la salud mental. El ejercicio físico es un buen amortiguador del estrés percibido, en cambio, la dieta saludable no afecta al estrés percibido

6° Las variables de personalidad, optimismo fundado y autoestima, son predictoras de la práctica de actividad física. Optimismo fundado predice, después de controlar los efectos de actividad física y estrés, la salud mental general (tal como ha sido medida con el GHQ-12).

7° Dieta saludable está asociada a actividad física, no sucede así con la dieta no saludable. Aquellas personas con un LOC interno intenten seguir una dieta saludable y hacer ejercicio, las personas con LOC externo parecen seguir dietas no saludables.

8° La autoeficacia percibida es un potente predictor de la conducta específica de la actividad física, al igual que las barreras, el apoyo e influencia social, disfrute e intención. La creencia de que se puede realizar una determinada acción o comportamiento con éxito, es uno de los factores que más movilizan a los adolescentes a intentarlo. El obstáculo más citado para no realizar actividad física es la falta de tiempo.

9° Relación entre la práctica de la actividad física y dieta saludable y mejora en el rendimiento académico de los adolescentes. La dieta no saludable tiene un efecto negativo.

10° El optimismo fundado académico es un gran predictor del rendimiento académico, de los adolescentes. Este se encuentra perjudicado por las creencias en LOC externo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7. Referencias bibliográficas

He utilizado normas APA (sexta edición, 2010) para las citas y referencias bibliográficas.

Afrifa-Anane, E., Agyemang, C., Codjoe, S. N., Ogedegbe, G., & de-Graft

Aikins, A. (2015). The association of physical activity, body mass index and the blood pressure levels among urban poor youth in Accra, Ghana. *BMC Public Health, 15*, 269.

Ajzen I. (1991). *The Theory of Planned Behavior. Organizational behavior and human decision processes. Humans Relations, 50*, 179-211.

Ajzen, I. & Fishbein M. (1974). *Factors influencing intentions and the intention behavior. Humans Relations, 27(1)*, 1-15.

Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Akandere, M. & Tekin, A. (2004). *Efectos del ejercicio físico sobre la ansiedad*.

PubliCE Standard. <http://g-se.com/es/salud-y-fitness/articulos/efectos-del-ejercicio-fisico-sobre-la-ansiedad-478>

American Psychological Association (2010). *Manual de publicaciones de la American Psychological Association*. México: Manual Moderno.

- American Psychological Association (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association, Sixth Edition*. Washington: American Psychological Association.
- Anderssen, N. & Wold, B. (1992). Parental and peer influences on leisure-time physical activity in young adolescents. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 63(4), 341-348.
- Arent, S., Landers, M. & Etnier, J. L. (2000). The effects of exercise on mood in older adults: a meta-analytic. *Journal of Aging and Physical Activity*, 8, 407-430.
- Arribas, S., Arruza J. A., González O. & Telletxea S. (2007). Validación de una escala reducida de utilidad percibida de la práctica de la actividad física y el deporte. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 3(7), 34-48.
- Atienza F. L., Moreno, Y. & Balaguer, I. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes, *Psicothema*, 12(2), 314-319.
- Atienza, F. L., Moreno, Y. & Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología. Universitas Tarraconensis*, 33 (1-2), 29-42.

- Atlantis E., Chow C. M., Kirby A. & Singh M. F. (2004). An effective exercise-based intervention for improving mental health and quality of life measures: a randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 39(2), 424-434.
- Averill, J. R. (1973). Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress. *Psychological Bulletin*, 80 (4), 286.
- Aznar, S. (1998). *Environmental and significant others' influences on children's physical activity behavior* (Tesis doctoral). University of Bristol, England.
- Baessler, J. & Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: adaptación española de la Escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y estrés*, 2(1), 1-8
- Balaguer, I. (1998). *Self-concept, physical activity and health among adolescents. 24th International Congress of Applied Psychology*, San Francisco, USA.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ. Prentice-Hall.

- Bandura, A. (1999). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Asian Journal of Social Psychology*, 2, 21-41.
- Bane, S. & McAuley, E. (1998). *Body image and exercise*. In J.L. Duda (Ed.), *Advances in sport and exercise psychology measurement* (pp. 311-322), WV: Fitness Information Technology.
- Bar-Eli, M., Avugos, S. & Raab, M. (1996). Twenty years of "hot hand" research: Review and critique. *Psychology of Sport and Exercise*, 7(6), 525-553.
- Becker, M. H. & Maiman L. A. (1975). Socio behavioral determinants of compliance with medical care recommendations. *Medical Care*, 13, 10-24.
- Biddle, S. & Goudas, M. (1996). Analysis of children's physical activity and its association with adult encouragement and social cognitive variables. *Journal of School Health*, 66(2), 75-8.
- Biddle, S.J. Fox, K.R. & Boutcher, S.H. (2000). *Physical activity and psychological well-being*. Book News.
- Bois, J. E., Sarrazin, P. G., Brustad, R. J., Trouilloud, D. O. & Cury, F. (2002). Mothers' expectancies and young adolescents' perceived physical competence: A yearlong study. *The Journal of Early Adolescence*, 22 (4), 384-406.

- Cairney J., Faight, B. E., Hay J. A., Wade T. J., Corna, L. & Flouris, A. (2005). Developmental coordination disorder, generalized self-efficacy toward physical activity, and participation in organized and free play activities, *The Journal of Pediatrics*, 147(4), 515-520.
- Cantera, M.A. & Devís, J. (2002). La promoción de la actividad física relacionada con la salud en el ámbito escolar. Implicaciones y propuestas a partir de un estudio realizado entre adolescentes. *Revista Apunts, Educación Física i esports*, 67, 54-62.
- Caprara, G. V., Steca, P., Alessandri G., Abela, J. R. & McWhinnie C. M. (2010). Positive orientation: Explorations on what is common to life satisfaction, self-esteem and optimism. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 19, 63-71.
- Caprara, G.V., Alessandri G., Eisenberg, N., Kupfer, A., Steca, P., Caprara, M.G., ... Abela, J. (2012). The positivity scale. *Psychol Assess*, 24(3), 701-712. doi: 10.1037/a0026681.
- Caprara, G.V., Vecchione, M., Alessandri, G., Gerbino, M. & Barbaranelli, C. (2010). The contribution of personality traits and self-efficacy beliefs to academic achievement: a longitudinal study. *British Journal of Educational Psychology*, 81(1), 78-96.
- Carver, C. S., y Scheier, M. F. (2014). Dispositional optimism. *Trends in Cognitive Sciences*, 18 (6), 293-299.

- Carver, C.S., Scheier, M. F. & Segerstom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review, 30* (7), 879–889.
- Castillo, I., Balaguer, I., Duda, J. L. & García-Merita, M. L. (2004). Factores psicosociales asociados con la participación deportiva en la adolescencia. *Revista Latinoamericana de Psicología, 36*(3), 505-515.
- Castillo, I., Tomás I., García- Merita, M. & Balaguer, I. (2003). Participación en deporte y salud percibida en la adolescencia. *Revista de Psicología General y Aplicada, 56*(1), 77-88.
- Centers for Disease Control and Prevention 2000 Growth Charts for the United States: Improvements to the 1977 National Center for Health Statistics Version. Ogden C. L., Kuczmarski R. J., Flegal K. M., Mei, M., Guo, S., Wei, R., M., Grummer-Strawn L. M., ... Johnson C.L. *The Journal of Pediatrics, 109*(1).
- Cocke, A. (2002). Brain May Also Pump up from Workout. Brainwork. *The Neuroscience Newsletter, 12*(1), 6-7.
- Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). Perceived Stress Scale (PSS): A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*, 385-396.

- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M. & Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *The BMJ Clinical Research*, 320, 1-6.
- Cole, T. J., Flegal, K. M., Nicholls, D. & Jackson, A. A. (2007). Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *The BMJ Clinical Research*, 335, 194-197.
- Contador, I., Fernández-Calvo, B., Palenzuela, D. L., Miguéis, S. & Ramos, F. (2012). Prediction of burden in family care givers of patients with dementia: A perspective of optimism based on generalized expectancies of control. *Aging y Mental Health*, 16(6), 675-682.
- Contador, I., Fernández-Calvo, B., Palenzuela, D. L., Ramos, C.F., Rivera-Navarro, J. y Menezes de Lucena, V. (2013). A Control-Based Multidimensional Approach to the Role of Optimism in the Use of Dementia Day Care Services. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, publicado on line 29 junio de 2013. doi: 10.1177/1533317513494439.
- Cruz, F. (1997). *Psicología del deporte*. Editorial: Síntesis, S.A Colección: Personalidad, evaluación y tratamiento psicológico.
- Declaración de Helsinki (2013).
- DEFA (2012). Instituto Nacional de Estadística.

- Dempsey, J. M., Kimiecik, J. C. & Horn, T. S. (1993). Parental influence on children's moderate to vigorous physical activity participation: An expectancy-value approach. *Pediatric Exercise Science*, 5, 151-167.
- Dencker, M., Thorsson, O., Karlsson, M. K., Linden, C., Svensson, J. & Wollmer, P. (2006). Daily physical activity and its relation to aerobic fitness in children aged 8-11 years. *Eur J Appl Physiol*, 96(5), 587-592.
- Diener, E. D., Emmons, R., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Díez, M. A. (1994). Depresión climática y variables psicosociales (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca.
- Dudgeon, W. D., Phillips, K. D., Bopp, C. M. & Hand, G. A. (2004). Physiological and psychological effects of exercise intervention in HIV disease. *AIDS Patient Care & STDs*, 18(2), 81-98.
- Dunn, A., Trivedi, M. & O'Neal, H. (2001). Physical activity dose-response effects on outcomes of depression and anxiety. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 33, 587-97.
- Dwyer, T., Coonan, W., Leitch, D., Hetzel, B. & Baghurst, R. (1983). An investigation of the effects of daily physical activity on the health of primary school students of South Australia. *International Journal of Epidemiologists*, 12, 308-313.

- Dwyer, T., Sallis, J. F., Blizzard, L., Lazarus, R. y Dean, K. (2001). Relation of Academic Performance to Physical Activity and Fitness in Children. *Pediatric Exercise Science*, 13, 225-238.
- Eccles, J., Jacobs, J. E. & Harold, R. D. (1990). Gender role Stereotypes, Expectancy, Effects and Parents' Socialization of Gender Differences. *Journal of Social Issues*, 46(2), 183-201.
- Estruch, R., Ros, E., Salas-Salvadó, J., Covas, M. I., Corella, D., Arós, F., ...Martínez-González, M. A. (2013). Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet. *New England Journal of Medicine*. doi: 10.1056/NEJMoa1200303.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley Publishing Company, Inc.
- Folkman, S. (1984). Personal Control and Stress and Coping Processes: a Theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (4), 839-852.
- Fredricks, J. A. & Eccles, J. S. (2003). Parental influences on youth involvement in sports. En M. R. Weiss (Ed.), *Developmental Sport and Exercise Psychology: A lifespan perspective*, 145-164. Morgantown. Fitness Information Technology, Inc.

Freedson, P. S. & Evenson, S. (1991). Familial aggregation in physical activity.

Research Quarterly for Exercise and Sport, 62 (4), 384-389.

Gálvez A., García P. L., & Nicolás A. (2007). Influencia de determinados

motivos de práctica físico-deportiva sobre los niveles de actividad física

habitual en adolescentes. *Cuadernos de psicología del deporte*, 7(1),

71-84.

García, J. E. M., López, E. J. M., & Cruces, A. G. (2014). *Motivaciones para la*

práctica de la actividad física en adolescentes. Sevilla: Wanceulen

Editorial Deportiva S.L.

García-Hermoso, A., Escalante, Y., Domínguez, A. M. & Saavedra, J. M.

(2013). Efectos de un programa de ejercicio y dieta en niños obesos:

un estudio longitudinal. *Journal of Sport and Health Research*, 5(3),

273-282.

Glenister, D. (1996). Exercise and mental health: A review. *The Journal of the*

Royal Society for the Promotion of Health, 116, 7-13.

Goldberg, D. (1972). *The detection of Psychiatric Illnes by Questionnaire*.

Windsor National Foundation for Educational Reserch.

Goldberg, D. (1978). *Manual for the General Healtht Questionnaire*. Windsor

National Foundation for Educational Reserch.

- Goldberg, D. & Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. Windsor UK: NFER-Nelson.
- González-Tablas, M. M., Palenzuela, D. L., Pulido, R. F., Sáez-Regidor, L. M. & López E. L. (2001). El papel de las expectativas generalizadas de control en el afrontamiento y ajuste psicológico en mujeres con cáncer de mama. *Ansiedad y Estrés* 7(1), 1-14.
- Gutiérrez-Calvo, M., Espino, O., Palenzuela, D. L. & Jiménez, A. (1997). Ejercicio físico regular y reducción de la ansiedad en jóvenes. *Psicothema*, 9 (3), 499-508.
- Gutiérrez, M., Moreno J. A. & Sicilia, A. (1999). *Medida del Autoconcepto Físico: una adaptación del PSPP de Fox*. Lleida: INEFC.
- Hagger, M. S., Chatzisarantis, N. L., Biddle, S. J. (2002). A meta-analytic review of the theories of reasoned action and planned behavior in physical activity: Predictive validity and the contribution of additional variables. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 24, 3-32.
- Hands, B., Larkin, D., Parker, H., Straker, L. & Perry, M. (2009). The relationship among physical activity, motor competence and health-related fitness in 14-year-old adolescents. *Scand J Med Sci Sports*, 19(5), 655-663.

Health Canada (1998).

Healthy People (2010). Office of Disease Prevention and Health Promotion,
U.S. Department of Health and Human Services.

Holmes, D. S. (1993). *Aerobic fitness and the response to psychological stress*.

En P. Seraganian (Ed.), *Exercise psychology, The influence on physical exercise on psychological process*, 39-63. Nueva York: John Wiley.

Iannotti R. J., Kogan M.D., Janssen, I. & Boyce W.F. (2009). Patterns of adolescent physical activity, scree-based media use, and positive and negative health indicators in the U.S. and Canada. *Journal of Adolescent health*, 44(5), 493-499.

Internacional Society of Sport Psychology (1992).

Janssen, I., Katzmarzyk, P. T., Boyce, W. F., Vereecken, C., Mulvihill, C. & Roberts, C. (2005). Comparison of overweight and obesity prevalence in school-aged youth from 34 countries and their relationships with physical activity and dietary patterns. *Obesity Reviews*, 6(2), 123-132.

Janz, K. F., Dawson, J. D. & Mahoney, L. T. (2000). Tracking physical fitness and physical activity from childhood to adolescence: the muscatine study. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 32(7), 1250-7.

- Judge, T. A. & Bono, J. E. (2001). Core Self-Evaluations: A Review of the Trait and its Role in Job Satisfaction and Job Performance. *European Journal of Personality*, 17, 5-18.
- Kathleen, F. J., Dawson, J. D. & Mahoney, L. T. (2000). Predicting Heart Growth During Puberty: The Muscatine Study. *Pediatrics*, 105(5), e63.
- Kidscreen-10 (2010). Grupo Europeo Kidscreen.
- Lasheras, L., Aznar, S., Merino, B., & López, E. G. (2001). Factors associated with physical activity among Spanish young through the national Elath Surrey. *Preventive Medicine*, 32(6), 455-464.
- Lewin, K. (1951). *La teoría del campo y el aprendizaje*, en *La teoría de campo en las ciencias sociales*. EEUU, editado por Dorwin Cartwright.
- Linder, K. J. (1999). Sport participation and perceived academic performance of school children and youth. *Pediatric Exercise Science*, 11, 129-144.
- Linder, K. J. (2002). The physical activity participation-academic performance relationship. Revisited: perceived and actual performance and the effect of banding (academic tracking). *Pediatric Exercise Science*, 14, 155-170.
- Lloyd, L. J., Langley-Evans, S. C. & McMullen, S. (2011). Childhood obesity and risk of the adult metabolic syndrome: a systematic review. *International Journal of Obesity*, 36, 1-11.

- Lynette, L. & Landers, D. M., (1998). The effect of exercise on clinical depression and depression resulting from mental illness: A meta-analysis. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 20(4), 339-357.
- Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redon, J., Zanchetti, A., Böhm, M., ... Aznád, F. (2013). Hipertensión y riesgo vascular, 30(supl. 3):1.
- Márquez, D., Jerome, G., McAuley, E., Snook, E. & Canaklisiva, S. (2002). Self-Efficacy manipulation and state-anxiety responses to exercise in low active women. *Psychology and Health*, 17, 783-791.
- Martínez-Gómez, D., Gómez-Martínez, S., Puertollano, M. A., Nova, E., Wärnberg, J., Veiga, O. L., Martí, A., ... Marcos, A. EVASYON Study Group (2009). Design and evaluation of a treatment programme for Spanish adolescents with overweight and obesity. The EVASYON Study. *BMC Public Health*, 15(9), 414. doi: 10.1186/1471-2458-9-414.
- Martínez-Vizcaíno, V., & Sánchez-López, M. (2008). Relationship between physical activity and physical fitness in children and adolescents. *Revista Española de Cardiología*, 61(2), 108-111.
- McAuley, E., Mihalko, S. L. & Bane, S. M. (1997). Exercise and Self-Esteem in Middle-Aged Adults: Multidimensional Relationships and Physical Fitness and Self-Efficacy Influences. *Journal of Behavioral Medicine*, 20(1), 67-83.

McMurray, R. G., Bradley C. B., Harrell, J. S., Bernthal, P. R., Frauman, A.C.,
& Bangdiwal, S.L. (1993). Parental influences on childhood fitness and
activity patterns. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 64(3)
249-255.

Milla-Tobarra M., Martínez-Vizcaíno V., Lahoz-García N., García-Prieto J. C.,
Arias-Palencia N. M. & Garcia-Hermoso A. (2014). The relationship
between beverage intake and weight status in children: the Cuenca study.
Nutrición Hospitalaria, 1; 30(4), 818-24. doi: 10.3305/nh.2014.30.4.7666.
PubMed PMID: 25335668.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Encuesta Europea de
Salud en España. Principales resultados*. Madrid: Ministerio de Sanidad,
Política Social e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). *Los estilos de vida
y la salud de los adolescentes españoles a lo largo de la primera década
del milenio. El estudio Health Behaviour in School-aged Children (HSBC)
2002-2006-2010*. Informes, Estudios e Investigación. Madrid: Ministerio de
Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). *Encuesta Nacional de Salud. España 2011/2012. Actividad física, descanso y ocio*. Serie Informes monográficos nº 4. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Mischel, W. (1973). Toward a cognitive social learning reconceptualization of *Personality*. *Psychological Review*, 80 (4), 252-283. p23.

Montil, J. M. (2004). *Determinantes de la conducta de actividad física en población infantil* (Tesis Doctoral). Madrid: Universidad Politécnica de Madrid.

Mutrie, N., Faulkner, G., Linley, P. A. (Ed.), & Joseph, S. (Ed.) (2004). *Physical activity: positive psychology in motion*. In positive Psychology in Practice, John Wiley & Sons Inc.

Ness, A. R., Leary, S. D., Mattocks, C., Blair, S. N., Reilly, J. J. & Wells, J. (2007). Objectively measured physical activity and fat mass in a large cohort of children. *PLoS Med*, 4(3), e97.

Netz, Y., Wu, M. J., Becker, B. J. & Tenenbaum, G. (2005). Physical Activity and Psychological Well-Being in Advanced Age: A Meta-Analysis of Intervention Studies. *Psychology and Aging*, 20(2), 272-284.

Nuviala, A. Juan, F., Montes M. E. & Suárez, A. (2006). Motivos de práctica y tasa de participación en actividades físico-deportivas organizadas entre adolescentes que viven en dos entornos rurales. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 6(1), 70-80.

Ortega, F. B., Ruiz, J. R., Hurtig-Wennlof, A., & Sjostrom, M. (2008). Physically active adolescents are more likely to have a healthier cardiovascular fitness level independently of their adiposity status. The European youth heart study. *Revista Española de Cardiología*, 61(2), 123-129.

Page, A., Ashford, B., Fox, K. R. & Biddle, S. J. H. (1993). Evidence of cross-cultural validity of the Physical Self-Perception Profile. *Personality and Individual Differences*, 16, 585-590.

Pahkala, K., Hernelahti, M., Heinonen, O. J., Raittinen, P., Hakanen, M. & Lagstrom, H. (2013). Body mass index, fitness and physical activity from childhood through adolescence. *Br J Sports Med*, 47(2), 71-77.

Palenzuela, D. L. (1993). Personal control: An integrative - multidimensional approach. In D.L. Palenzuela and A. M. Barros (Eds.), *Modern trends in personality theory and research*, 87-108. Porto: Apport.

Palenzuela, D. L. (1984). Critical evaluation of locus of control: Towards a reconceptualization of the construct and its measurement. *Psychological Reports*, 54(1), 683-709.

- Palenzuela, D. L. (1985). Does Rotter's I-E scale measure perceived competence? A replica to Graybill-Sergeant. *Perceptual and Motor Skills*, 61, 443-450.
- Palenzuela, D. L. (1986). A literature review of some problems and misconceptions related to locus of control, learned helplessness and self-efficacy. *Social and Behavioral Sciences Documents*, 16, 11 (Ms. No. 2748).
- Palenzuela, D. L. (1987a). Sphere-specific measures of perceived control: Perceived contingency, perceived competence, or what? A critical evaluation of Paulhus and Christies's approach. *Journal of Research in Personality*, 21, 264-286.
- Palenzuela, D. L. (1987b). The expectancy construct within the social learning theories of Rotter and Bandura: A reply to Kirsch's approach. *Journal of Social Behavior and Personality*, 2, 437-452.
- Palenzuela, D. L. (1988). Refining the theory and measurement of expectancy of internal versus external control of reinforcement. *Personality and Individual Differences*, 9, 607-629.
- Palenzuela, D. L. (1990). *Midiendo las expectativas generalizadas de control: Primeros datos*. Comunicación en VIII Congreso Nacional de Psicología, Barcelona.

- Palenzuela, D. L. (1991). Un estudio psicométrico de tres medidas sobre el self: Autopunitividad, autoeficacia y autoestima. *Qurrículum*, 1(2), 215-218.
- Palenzuela, D. L. (2004). *Optimismo fundado, optimismo infundado y fatalismo: una nueva perspectiva de las expectativas generalizadas de control*. Salamanca: Manuscrito sin publicar.
- Palenzuela, D. L. (2008a). *A new perspective of generalized expectancies of control Grounded optimism, ungrounded optimism and fatalism*. Salamanca: Manuscrito sin publicar.
- Palenzuela, D. L. (2008b). *Una nueva perspectiva de las expectativas generalizadas de control: Optimismo fundado, optimismo infundado y fatalismo*. Comunicación presentada en el VII Congreso Internacional de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS). Benidorm (Alicante).
- Palenzuela, D. L. (2011). Material de la asignatura Psicología de la Personalidad. Salamanca: Manuscrito sin publicar.
- Palenzuela, D. L. (2013). *Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control Revisada (BEEGC-R): descripción y fundamentación teórica*. Salamanca: Manuscrito sin publicar.

Palenzuela, D. L. (2014a). *Batería de escalas de expectativas generalizadas de control en el ámbito académico (BEECESA-RA24)*. Salamanca:

Manuscrito sin publicar.

Palenzuela, D. L. (2014b). *Cuestionario de Expectativas de autoeficacia física*.

Salamanca: Manuscrito sin publicar.

Palenzuela, D. L., Almeida, L., Prieto, G. & Barros, A. M. (1994).

Validación transcultural hispano-portuguesa de una versión revisada de la batería de escalas de expectativas generalizadas de control (BEEGC). Memoria Final de la Acción Integrada entre España y Portugal (79 B), financiada por los Ministerios de Asuntos Exteriores y de Educación y Ciencia. Universidades de Salamanca y Minho, Salamanca y Braga.

Palenzuela, D. L., Gutiérrez-Calvo, M. & Avero, P. (1998). Ejercicio físico regular como un mecanismo de protección contra la depresión en jóvenes. *Psicothema*, 10(1), 29-39.

Palenzuela, D. L., Prieto G., Barros, A. M. & Almeida, L. (1997). Una versión española de una Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control (BEEGC). *Revista Portuguesa de Educação*, 10, 75-76.

- Palenzuela, D. L, Royo, F., Orejudo, S. & Cano, J. (2010). *Datos psicométricos del BEECESA*. II Congreso Nacional de Psicología Positiva. Zaragoza.
- Paluska, S. & Schwenk, T. (2000). Physical activity and mental health: current concepts. *Sports Medicine*, 29 (3), 167-80.
- Pastor, Y., Balaguer, I. & García-Merita, M. L. (1998a). Una revisión sobre las variables de estilos de vida saludables. *Revista de Psicología de la Salud*, 10, 15-52.
- Pastor, Y., Balaguer, I. & García-Merita, M. L. (1998b). Dimensiones del estilo de vida relacionado con la salud en la adolescencia: una revisión. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 51, 469-483.
- Pate, R. R., Freedson, P. S., Sallis, J. F., Taylor, W. C., Sirard, J. & Trost, S. G., (2002). Compliance with physical activity guidelines: Prevalence in a population of children and youth. *Annals of Epidemiology*, 12 (5), 303-308.
- Pate, R. R., Saunders R., Ward, D. S., Felton, G. M., Trost, S. G. & Douda, M. (2003). Evaluation of a community-based intervention to promote physical activity in youth: Lessons from active winners. *American Journal of Health Promotion*, 17, 171-182.

- Pérez, E. L. (2000). *Estilos de afrontamiento y esclerosis múltiple* (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca.
- Pérez-Álvarez, M. (2012). La psicología positiva: magia simpática. *Papeles del Psicólogo*, 33 (3), 183-201.
- Pérez-Álvarez, M. (2013). La psicología positiva y sus amigos: en evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 34 (3), 208-226.
- Plante, T. G., Meghan, M., Mann, S., Lee, G., Hardesty, A., Gable, N., ... Kablow, G. (2010). Effects of Perceived Fitness Level of Exercise Partner on Intensity of Exertion. *Journal of Social Sciences* 6(1), 50-54.
- Poudeigne, S. & O'Connor, J. (2006). A Review of Physical Activity Patterns in Pregnant Women and their Relationship to Psychological Health. *Sport Medicine*, 36, 19-20.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1982). Trans-theoretical therapy - toward a more integrative model of change. *Psychotherapy Theory, Research and Practice*, 19(3), 276-288.
- Puyal, J. S., Lanaspá, E. G. & Casterad, J. Z. (2010). Barreras para la realización de actividad física en adolescentes en la provincia de Huesca. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte. International Journal of Medicine and Science of Physical Activity and Sport*, 10 (39), 470-482.

- Ramírez, W., Vinaccia, S., & Suárez, G. R. (2004). El impacto de la actividad física y el deporte sobre la salud, la cognición, la socialización y el rendimiento académico: una revisión teórica. *Revista de Estudios Sociales*, (18), 67-75.
- Rejeski, W. L. & Gauvin, L. (1993). The Exercise-induced Feeling Inventory, Development and initial validation. *The Journal of Sport and Exercise Psychology*, 15, 403-423.
- Remor, E. & Carrobles J. A. (2001). Versión Española de la escala de estrés percibido (PSS-14). *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 195-201.
- Remor, E. & Carrobles, J. A. (2001). Versión Española de la escala de estrés percibido (PSS-14). *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 195-201.
- Remor, E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86-93.
- Román, B., Ribas, L., Ngoa, L., & Serra, L (2013). Validación en población catalana del Cuestionario Internacional de Actividad Física. *Gaceta Sanitaria*, 27(3). doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.05.013.

- Rocha, K. R., Pérez K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C. & Obiols J. E. (2011). Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 125-139.
- Rogers, R. W. (1983). *Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation*. In J. Cacioppo & R. Petty (Eds.), *Social Psychophysiology*. New York: Guilford Press.
- Rojas, R., Schlicht, W. & Hautzinger, M. (2003). Effects of exercise training on quality of life, psychological well-being, immune status, and cardiopulmonary fitness in an HIV-1 positive population. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 25, 440-455.
- Ronis, D. L. & Harel, Y. (1989). Health beliefs and breast examination behaviors: analyses of linear structural relations. *Psychology and Health*, 3, 259-285.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenstock, I. (1974). *The health belief model and HIV Risk Behavior Change*. New York: Springer Science + Business Media.

- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1-28.
- Rotter, J. B. (1978). Generalized expectancies for problem solving and psychotherapy. *Cognitive Therapy and Research*, 2(1), 1-10.
- Royo, F. (2015). *Optimismo, rendimiento académico y adaptación escolar* (Tesis Doctoral). Universidad de Zaragoza.
- Sallis, J. F. (2000). A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32(5), 963-975.
- Sallis, J. F. & Patrick, K. (1994). Physical activity guidelines for adolescent: consensus statement. *Pediatric Exercise Science*, 6, 302-314.
- Sallis, J. F. & Owen, N. (1999). *Physical activity and behavioural medicine. Behavioral Medicine & Health Psychology 3: Physical activity & behavioral medicine*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc. doi: <http://dx.doi.org/10.4135/9781452233765>.

- Salmon, P. (2001). Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: a unifying Theory. *Clinical Psychology Review*, 21(1), 33-61.
- Sandín, B. (2002). Escalas PANAS de Afecto Positivo y Negativo para niños y adolescentes (PANASN). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(2), 173-182.
- Scheier, M. F. y Carver, C. S. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219-247.
- Sharot, T. (2011). The optimism bias. *Current Biology*, 21 (23), R941-R945.
- Shephard, R. J. (1997). Curricular physical activity and academic performance. *Pediatric Exercise Science*, 9, 113-126.
- Smith, R. A. & Biddle S. J. (1999). Attitudes and exercise adherence: test of the Theories of Reasoned Action and Planned Behaviour. *Journal of Sports Science*, 17(4) 268-281.
- Sonstroem, R. J. & Potts, S. A. (1997). Life adjustment correlates of physical self-concepts. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 28(5), 619-625.

- Stevenson, J. L., Krishnan, S., Stoner, M. A., Goktas, Z., & Cooper, J. A. (2013). Effects of exercise during the holiday season on changes in body weight, body composition and blood pressure. *European Journal of Clinical Nutrition*, 67(9), 944-949.
- Strong W.B. (2005). Evidence based physical activity for school-age youth. *Journal of Pediatrics*, 146(6), 732-737.
- Suris, J. C., Michaud P. A., Chossis, I. & Jeannin A. (2006). Towards a sedentary society: trends in adolescent sport practice in Switzerland (1993-2002). *The Journal of Adolescent Health*, 39(1), 132-134.
- Tappe, M. K., Duda, J. L. & Ehrnwald, P. M. (1989). Perceived barriers to exercise among adolescent. *Journal of School Health*, 59, 153-155.
- Taylor, W. C., Baranowsky, T. & Sallis, J. (1994). *Family determinants of childhood physical activity: a social-cognitive model*. En R. Dishman (Ed.), *Advances in Exercise Adherence*, 319-342. Champaign IL: Human Kinetics.
- Taylor, S. E. (1991, orig. 1989). *Seamos optimistas: ilusiones positivas*. Ediciones Martínez Roca.
- Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: a social psychological perspective on mental health. *Psychological bulletin*, 103(2), 193.

Telama, R. & Yang, X. (2000). Decline of physical activity from Young to Young adult hood in Finland. *Medicine and Science in Sport and Exercise*, 32(5), 1617-1622.

Tomkinson, G. R., Olds, T. S. & Gulbin, J. (2003). Secular trends in physical performance of Australian children: evidence from the Talent Search program. *Journal of sports medicine and physical fitness*, 43(1), 90.

Tremblay, M. S., Inman, J. W. & Willms, J. D. (2000). The relationship between physical activity, self-esteem, and academic achievement in 12-year-old children. *Pediatric Exercise Science*, 12, 312-323.

United Kingdom, Department of Health (2004).

United States, Department of Health and Human Services (1996).

Van der Horst, K., Paw, M. J., Twisk, J. W. & Van Mechelen, W. (2007). A brief review on correlates of physical activity and sedentariness in youth. *Medicine Science Sports Exercise*, 39(8), 1241-1250.

Varo, J. J., Martínez, M. A. & Martínez J. A. (2003). Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo. *Medicina clínica*, 121(17)

Watson, D., Clark, L. A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.

- Weinberg, R. S. & Gould, D. (1999). *Foundation of Exercise and Sport Psychology* (2ª Ed.). Champaign, IL, Human Kinetics.
- Weinstein, A. A., Deuster, P. A. & Kop, W. J. (2007). Heart rate variability as a predictor of negative mood symptoms induced by exercise withdrawal. *Medicine Science Sports Exercise*, 39(4), 735-741.
- Wold, B. & Anderssen, N. (1992). Health promotion aspects of family and peer influences on sport participation. *International Journal of Sport Psychology*, 23, 349-359.
- Wold, B. & Hendry, L. (1998). *Social and environmental factors associated with physical activity in young people*. London: Health Education Authority.

ÍNDICE DE TABLAS

8. Índice de tablas

Tabla 1. Instrumentos aplicados.....	83
Tabla 2. Características sociodemográficas de la muestra estudiada.....	89
Tabla 3. Estilos de vida activa y saludable. Práctica de actividad física.....	90
Tabla 4. Estilos de vida activa y saludable. Calidad de la dieta.	91
Tabla 5. Determinantes personales y sociales de la práctica de la actividad física.....	93
Tabla 6: Salud física. Clasificación del peso.	94
Tabla 7: Salud física. Variables antropométricas.	94
Tabla 8: Salud física: dolencias y/o problemas físicos.	94
Tabla 9: Salud mental.	95
Tabla 10: Calidad de vida según el KIDSCREEN.	96
Tabla 11: Calidad de vida y actividad física según IPAQ.	96
Tabla 12: Rendimiento académico.....	97
Tabla 13: Calificación académica.....	97
Tabla 14: Variables disposicionales de personalidad en el ámbito académico	98

Tabla 15: Relación de actividad física con variables clínicas.	99
Tabla 16: Relación de actividad física con la condición física.	100
Tabla 17. Correlaciones entre índice de masa corporal y rendimiento en pruebas condición física.....	101
Tabla 18. Correlaciones entre diferentes variables relacionadas con la variable dependiente Salud Mental General.....	103
Tabla 19. Correlaciones entre diferentes variables relacionadas con la variable dependiente Bienestar Subjetivo.	111
Tabla 20. Correlaciones entre diferentes variables relacionadas con la variable dependiente Calidad de Vida.	115
Tabla 21. Correlaciones entre variables disposicionales (optimismo fundado y la autoestima) y variables socio-cognitivas (expectativas de resultados, apoyo social, expectativas de autoeficacia y barreras percibidas, disfrute e intención como variables cognitivo-sociales, específicas de la actividad física.....	122
Tabla 22. Correlaciones entre diferentes variables relacionadas con la variable dependiente rendimiento académico.	132

ÍNDICE DE FIGURAS

9. Índice de figuras

Figura 1. Representación de las teorías de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (1975) y la Conducta Planificada de Ajzen (1991)	27
Figura 2. Esquema de la teoría de Autoeficacia de Bandura (1986, 1999)	29
Figura 3. Representación gráfica de las diferencias entre expectativas de autoeficacia y expectativas de resultados según el modelo de Bandura (Adaptado de Bandura, 1977).....	39
Figura 4. Representación gráfica de las diferencias entre las expectativas de autoeficacia, de control interno y de éxito (Palenzuela, 1990)	41
Figura 5. . Representación gráfica de las diferencias entre las expectativas de autoeficacia, de locus de control I-E, de búsqueda de alternativas y de éxito (Palenzuela, 2008. 2013)	45
Figura 6. Representación gráfica del optimismo fundado, autoestima, práctica de actividad física como predictores y el estrés percibido como mediador de la salud mental general....	104
Figura 7. Representación gráfica de la práctica de actividad física como predictor y el estrés percibido como mediador de la salud mental general.	106
Figura 8. Representación gráfica del optimismo fundado, LOC externo, dieta saludable, dieta no saludable y práctica de actividad física como predictores de salud mental general.	107

Figura 9. Representación gráfica de la práctica de actividad física y la dieta saludable como predictores y el estrés percibido como mediador de salud mental general.	110
Figura 10. Representación gráfica del optimismo fundado, autoestima, práctica de actividad física como predictores y el estrés percibido como mediador del bienestar subjetivo.	112
Figura 11. Representación gráfica de la práctica de actividad física como predictor y el estrés percibido como mediador de bienestar subjetivo..	114
Figura 12. Representación gráfica del optimismo fundado, autoestima, práctica de actividad física como predictores y el estrés percibido como mediador de calidad de vida.	116
Figura 13. Representación gráfica de la práctica de actividad física como predictor y el estrés percibido como mediador de calidad de vida.	118
Figura 14. Representación gráfica de la práctica de actividad física y dieta saludable como predictores y el estrés percibido como mediador de calidad de vida.	119
Figura 15. Representación gráfica de la práctica de la dieta saludable como predictor y el estrés percibido como mediador de calidad de vida.	120
Figura 16. Representación gráfica de la capacidad predictiva del optimismo fundado y la autoestima como rasgos de personalidad, expectativas de resultados, apoyo social, expectativas de autoeficacia y barreras percibidas, como variables cognitivo-sociales, sobre la PAF.	123

-
- Figura 17. Representación gráfica de la capacidad predictiva de las expectativas de resultados, apoyo social, expectativas de autoeficacia, barreras percibidas, disfrute e intención sobre la PAF..... 128
- Figura 18. Representación gráfica de las expectativas de resultados, apoyo social, expectativas de autoeficacia, barreras percibidas y disfrute como predictores de la intención de hacer actividad física..... 130
- Figura 19. Representación gráfica del optimismo fundado generalizado, locus de control externo generalizado, optimismo fundado académico, locus de control externo académico, dieta saludable, dieta no saludable y práctica de actividad física como predictores de rendimiento académico. 134

ANEXOS

10. Anexos

10.1. Anexo A. cuestionarios

Código:
Fecha:



Universidad Europea de Madrid. CEES

Estudio sobre Actividad Física y Salud Encuesta para estudiantes

Por favor, lee atentamente:

Este cuestionario trata de la actividad física que tú realizas y las influencias sobre ella. Es muy importante que te tomes el tiempo necesario para pensar y contestar a cada una de las preguntas cuidadosamente. Si tienes algún problema pregúntaselo al administrador de este cuestionario.

Recuerda que no es un examen. No hay respuestas correctas o incorrectas, todas son válidas.

SECCIÓN A

1. ¿Con quién vives? (marque con una cruz la opción que le corresponda)
 - Madre y padre
 - Madre
 - Padre
 - Otros (Por favor describe):
2. ¿Cuántos hermanos tienes? (sin contarte a ti) _____.
3. ¿Cuántas hermanas tienes (sin contarte a ti) _____.
4. ¿Cómo promedio, cuántas horas ves la televisión durante la semana? ____ horas.
5. ¿Cómo promedio, cuántas horas ves la televisión los fines de semana? ____ horas.

SECCIÓN B

Por favor, señala con "X" una casilla para cada persona

6. ¿Con que frecuencia cada una de estas personas habla acerca de la actividad física?

	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
Padre						
Madre						
Hermano (s)						
Hermana (s)						
Amigos						
Profesor de Educación Física						

7. ¿Con que frecuencia cada una de estas personas hace actividad física?

	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
Padre						
Madre						
Hermano (s)						
Hermana (s)						
Amigos						
Profesor de Educación Física						

8. ¿Con que frecuencia cada una de estas personas hace actividad física contigo?

	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
Padre						
Madre						
Hermano (s)						
Hermana (s)						
Amigos						
Profesor de Educación Física						

Por favor, señala con "X" una casilla para cada persona

9. ¿Con que frecuencia cada una de estas personas te anima para que hagas actividad física?

	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
Padre						
Madre						
Hermano (s)						
Hermana (s)						
Amigos						
Profesor de Educación Física						

10. ¿Con que frecuencia cada una de estas personas te da un premio por hacer actividad física?

	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
Padre						
Madre						
Hermano (s)						
Hermana (s)						
Amigos						
Profesor de Educación Física						

11. ¿Con que frecuencia cada una de estas personas te lleva en coche o te acompaña al lugar donde practicas actividad física?

	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
Padre						
Madre						
Hermano (s)						
Hermana (s)						
Amigos						
Profesor de Educación Física						

12. Valora la importancia que le dan a la actividad física y al deporte cada una de estas personas.

	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
Padre						
Madre						
Hermano (s)						
Hermana (s)						
Amigos						
Profesor de Educación Física						

Por favor, señala con "X" una casilla para cada persona

13. ¿Cuánto disfrutan de la actividad física cada una de estas personas?

	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
Padre						
Madre						
Hermano (s)						
Hermana (s)						
Amigos						
Profesor de Educación Física						

14. ¿Quieren que seas bueno en actividad física estas personas?

	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
Padre						
Madre						
Hermano (s)						
Hermana (s)						
Amigos						
Profesor de Educación Física						

15. ¿Crees que estas personas piensan que eres bueno en el deporte?

	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
Padre						
Madre						
Hermano (s)						
Hermana (s)						
Amigos						
Profesor de Educación Física						

16. ¿Están satisfechas estas personas con tu actividad física?

	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
Padre						
Madre						
Hermano (s)						
Hermana (s)						
Amigos						
Profesor de Educación Física						

17. ¿Son estas personas importantes para ti a la hora de ayudarte a participar en los deportes y actividad física?

	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
Padre						
Madre						
Hermano (s)						
Hermana (s)						
Amigos						
Profesor de Educación Física						

SECCIÓN C

18. Si te comparas con chicos de la misma edad y del mismo sexo ¿cómo crees que es tu coordinación? (marca una única opción)

- Mucho menos coordinado.
- Algo menos coordinado.
- Más o menos igual.
- Algo más coordinado.
- Mucho más coordinado.

19. ¿Disfrutas de la actividad física (marca un número sólo)

No, es muy desagradable					Sí, es muy agradable
1	2	3	4	5	6

20. ¿Disfrutas de las clases de Educación Física en el instituto? (marca un número sólo)

No, es muy desagradable					Sí, es muy agradable
1	2	3	4	5	6

21. Sólo contesta una respuesta, la que se ajuste a ti (marca una única opción)

- No hago ejercicio y no tengo interés.
- No hago ejercicio pero quiero hacerlo.
- Hago ejercicio de vez en cuando.
- Hago ejercicio regularmente (varias veces por semana) desde hace menos de 6 meses.
- Hago ejercicio regularmente desde hace más de seis meses.

SECCIÓN D

22. ¿Es probable que hagas actividad física varias veces por semana el próximo verano?

No, es muy poco probable					Sí, es muy probable
1	2	3	4	5	6

23. ¿Es probable que hagas actividad física varias veces por semana fuera del instituto dentro de un año (contando desde ahora)?

No, es muy poco probable					Sí, es muy probable
1	2	3	4	5	6

24. ¿Es probable que hagas actividad física varias veces por semana cuando seas mayor?

No, es muy poco probable					Sí, es muy probable
1	2	3	4	5	6

SECCIÓN E

25. Contesta si las siguientes razones son para ti un problema al hacer ejercicio.

	No tengo ese problema	1	2	3	4	5	6
A. No hay un buen sitio para hacer actividad física.							
B. No tengo a nadie con quien realizar actividad Física.							
C. No me dejan salir a la calle solo.							
D. No tengo la equipación necesaria para hacer actividad física.							
E. No es seguro estar jugando en la calle, parque, patio, etc.							
F. No tengo suficiente tiempo.							
G. Tengo demasiados deberes del instituto.							
H. Tengo muchas tareas que realizar en casa.							
I. Tengo que estudiar mucho.							
J. No me gusta la actividad física.							
K. Por lo general, estoy muy cansado para hacer actividad física.							
L. No disfruto de la actividad física.							
M. No soy bueno en las actividades física y/o deportes.							
N. Me da miedo lesionarme.							
Ñ. Soy muy perezoso para hacer actividad física.							
O. Hacer actividad física es aburrido.							
P. Me pongo nervioso cuando hago actividad física.							

Código:

Fecha:

RSE

Instrucciones. A continuación se presentan diez afirmaciones con las que puede estar o no de acuerdo. Utilizando la siguiente escala de 1 a 4, indique el grado en que está de acuerdo con cada ítem.

1	2	3	4
totalmente en desacuerdo	en desacuerdo	de acuerdo	totalmente de acuerdo

Por favor sea abierto y honesto en sus respuestas.

1. Siento que soy una persona que vale la pena, al menos en la misma medida que otras.	1	2	3	4
2. Siento que tengo varias buenas cualidades.	1	2	3	4
3. En conjunto, me inclino a sentir que soy un fracaso.	1	2	3	4
4. Soy capaz de hacer cosas tan bien como la mayoría de la gente.	1	2	3	4
5. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.	1	2	3	4
6. Adopto una actitud positiva hacia mí mismo/a.	1	2	3	4
7. En general estoy satisfecho/a conmigo mismo/a.	1	2	3	4
8. Desearía poder tener más respeto por mí mismo/a.	1	2	3	4
9. Ciertamente, a veces me siento inútil.	1	2	3	4
10. A veces pienso que no sirvo para nada.	1	2	3	4

Código:

Fecha:

SWLS

Instrucciones. A continuación encontrarás una serie de frases que tienen que ver con la valoración que haces de tu vida. Lee cada frase y rodea con un círculo el número (del "1" al "7") que mejor refleje tu grado de desacuerdo o de acuerdo.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo

Por favor, responde a todas las frases, no dejes ninguna sin contestar.

1. En la mayoría de los aspectos mi vida está cerca de mi ideal.	1 2 3 4 5 6 7
2. Las condiciones de mi vida son excelentes.	1 2 3 4 5 6 7
3. Estoy satisfecho con mi vida.	1 2 3 4 5 6 7
4. Hasta ahora he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida.	1 2 3 4 5 6 7
5. Si pudiera vivir mi vida de nuevo, no cambiaría casi nada.	1 2 3 4 5 6 7

Código:

Fecha:

PANAS

Instrucciones. El siguiente cuestionario consiste en una serie de palabras o expresiones que describen diferentes sentimientos y emociones. Lee cada palabra o expresión y rodea con un círculo el número (del "1" al "5") que mejor refleje el modo en que *generalmente tiendes a estar, ser o sentirte.*

1	2	3	4	5
Pocas veces o casi nunca	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

Por favor, responde a todas las palabras, no dejes ninguna sin contestar.

Generalmente, tiendo a estar, ser o sentirme...

1. Con interés hacia la gente o las cosas.	1	2	3	4	5
2. Angustiado/a, agobiado/a.	1	2	3	4	5
3. Emocionado/a, excitado/a.	1	2	3	4	5
4. Disgustado/a, molesto/a.	1	2	3	4	5
5. Fuerte, con energía y vitalidad.	1	2	3	4	5
6. Culpable.	1	2	3	4	5
7. Asustado/a.	1	2	3	4	5
8. Hostil, enfadado/a, furioso/a.	1	2	3	4	5
9. Entusiasmado/a.	1	2	3	4	5
10. Orgullosa/a.	1	2	3	4	5
11. Irritable.	1	2	3	4	5
12. Alerta, despierto.	1	2	3	4	5
13. Avergonzado/a.	1	2	3	4	5
14. Inspirado/a.	1	2	3	4	5
15. Nervioso/a, intranquilo/a.	1	2	3	4	5
16. Decidido/a.	1	2	3	4	5
17. Atento/a, vigilante.	1	2	3	4	5
18. Agitado/a, tenso/a.	1	2	3	4	5
19. Activo/a, ocupado/a.	1	2	3	4	5
20. Con miedo o temor.	1	2	3	4	5

Código:

Fecha:

BEEGC-R33

Instrucciones. A continuación encontrarás una serie de frases sobre diferentes modos que cada uno tiene de pensar. Es posible que te parezca que hay frases muy parecidas o casi iguales. No te pares a pensar en ello, trata de contestar de forma espontánea nada más leer cada frase.

Por favor, lee cada frase y rodea con un círculo un número según estés más o menos de acuerdo con cada frase, utilizando la siguiente escala de respuesta:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Estoy totalmente en desacuerdo	Estoy muy en desacuerdo	Estoy bastante en desacuerdo	Estoy un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Estoy un poco de acuerdo	Estoy bastante de acuerdo	Estoy muy de acuerdo	Estoy totalmente de acuerdo

Por favor, responde a todas las frases, no dejes ninguna sin contestar.

1. El que me vayan bien o mal las cosas en la vida dependerá en gran parte de mí.	1 2 3 5 6 7 8 9
2. Me veo con capacidad para hacer que las cosas me vayan bien.	1 2 3 5 6 7 8 9
3. En general, tiendo a pensar que las cosas me irán bien.	1 2 3 5 6 7 8 9
4. Creo que siempre, si se busca, habrá algún modo de superar las cosas por muy imposible que parezca.	1 2 3 5 6 7 8 9
5. El mundo está tan corrompido y manipulado por gente poderosa y sin escrúpulos que no espero nada de la vida.	1 2 3 5 6 7 8 9
6. El que me vayan bien o mal las cosas en la vida dependerá en parte de la suerte.	1 2 3 5 6 7 8 9
7. Creo que mi destino en la vida está escrito.	1 2 3 5 6 7 8 9
8. Nadie está libre de sufrir desgracias en la vida.	1 2 3 5 6 7 8 9
9. Creo que he nacido con estrellas de modo que puedo correr riesgos y aun así conseguir lo que quiero.	1 2 3 5 6 7 8 9
10. Lo que yo llegue a ser o conseguir en la vida tendrá mucho que ver conmigo.	1 2 3 5 6 7 8 9
11. Tiendo a confiar en mi capacidad para hacer frente a los diversos asuntos de la vida diaria.	1 2 3 5 6 7 8 9
12. Normalmente, cuando deseo o me propongo algo tiendo a pensar que lo conseguiré.	1 2 3 5 6 7 8 9
13. Ante los problemas de la vida pienso que siempre puede haber modos alternativos de resolverlos.	1 2 3 5 6 7 8 9
14. Hay tantas injusticias y favoritismos que no merece la pena luchar por las cosas que uno desea en la vida.	1 2 3 5 6 7 8 9
15. No se puede ignorar el importante papel que el azar puede jugar en nuestras vidas.	1 2 3 5 6 7 8 9
16. Cómo me vayan las cosas en la vida es algo que está en manos del destino.	1 2 3 5 6 7 8 9
17. Tiendo a ver las desgracias de la vida como algo que puede sucederles a otros más que a mí.	1 2 3 5 6 7 8 9
18. Creo que tengo "el don de la suerte" por lo que pienso que las cosas me irán bien en la vida.	1 2 3 5 6 7 8 9
19. Tiendo a ser optimista en cuanto a la consecución de mis metas.	1 2 3 5 6 7 8 9
20. Pienso que por muy bloqueado que uno esté ante un problema siempre habrá algún modo de salir.	1 2 3 5 6 7 8 9
21. Dependiendo de cómo yo sea y actúe así me irá en la vida.	1 2 3 5 6 7 8 9
22. Creo mucho en mí mismo, en mi capacidad para superar obstáculos y lograr mis sueños.	1 2 3 5 6 7 8 9
23. Las cosas están de tal modo controladas por gente poderosa que "haga lo que haga" o "lo haga como lo haga" sucederá siempre lo que esa gente quiera que suceda.	1 2 3 5 6 7 8 9
24. Sin duda la suerte siempre estará detrás de muchas de las cosas que puedan sucedernos en la vida.	1 2 3 5 6 7 8 9
25. ¡Para qué engañarnos!, lo único que cuenta en esta vida son "los enchufes" y amiguismos, no lo competente que uno sea.	1 2 3 5 6 7 8 9
26. La buena o la mala suerte están con nosotros desde que nacemos y nada podemos hacer para cambiarla.	1 2 3 5 6 7 8 9

27. Creo que las posibilidades de que puedan sucederme cosas malas en la vida son más bien bajas.	1 2 3 5 6 7 8 9
28. No me importa dejar las cosas al azar porque soy una persona con suerte.	1 2 3 5 6 7 8 9
29. Creo que siempre hay más alternativas de las que uno piensa para afrontar y resolver las cosas.	1 2 3 5 6 7 8 9
30. Tiendo a pensar que tendré éxito en las cosas que más me importan de la vida.	1 2 3 5 6 7 8 9
31. Creo que cada uno labra y es dueño de su propio destino.	1 2 3 5 6 7 8 9
32. Da igual lo que haga, diga, o cómo haga las cosas, normalmente las respuestas o reacciones de la gente poco o nada tienen que ver con ello.	1 2 3 5 6 7 8 9
33. Siento que puedo hacer frente a los problemas y desafíos de la vida.	1 2 3 5 6 7 8 9

Código:

Fecha:

CRUP-PAFYD B

Instrucciones. A continuación encontrarás una serie de frases sobre la utilidad que puede tener la práctica de la actividad físico-deportiva. Por favor, lee cada frase y rodea con un círculo un número según estés más o menos de acuerdo con cada frase, *utilizando la misma escala de respuesta que en el anterior test:*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Estoy totalmente en desacuerdo	Estoy muy en desacuerdo	Estoy bastante en desacuerdo	Estoy un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Estoy un poco de acuerdo	Estoy bastante de acuerdo	Estoy muy de acuerdo	Estoy totalmente de acuerdo

Por favor, responde a todas las frases, no dejes ninguna sin contestar.

La práctica de la actividad físico-deportiva sirve para...

1. olvidar las preocupaciones.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
2. desarrollar un mejor concepto de uno/a mismo/a (lo que uno piensa de sí mismo).	1 2 3 4 5 6 7 8 9
3. mejorar o mantener la forma física.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
4. lograr una mayor seguridad en uno/a mismo/a.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
5. desarrollar el afán de superación.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
6. comunicarse con los demás.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
7. poder ayudar mejor a los demás (al fomentar la cooperación, solidaridad, integración...).	1 2 3 4 5 6 7 8 9
8. desahogarse.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
9. dar salida al afán competitivo.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
10. hacer nuevos/as amigos/as.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
11. expresarse con libertad.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
12. mejorar y mantener la buena salud.	1 2 3 4 5 6 7 8 9

Código:

Fecha:

CEAF

Instrucciones. Indica por favor el grado en que te consideras capaz de realizar o superar y vencer obstáculos y barreras, tanto externas como internas, en relación con la práctica de la actividad físico-deportiva, desde "1" (nada o casi nada) hasta "9" (totalmente capaz)

En relación con la actividad físico-deportiva, me siento capaz de...

1. practicarla regularmente, sin excusas ni impedimentos que valgan.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
2. vencer la pereza que a veces da hacerlo regularmente.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
3. superar las posibles barreras, obstáculos, físicos y materiales ajenos a mí que pueden dificultarla o impedirla.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
4. vencer posibles "presiones" (directas o indirectas) de la gente (familia, amigos, etc.) para no practicarla.	1 2 3 4 5 6 7 8 9

Código:

Fecha:

KIDSCREEN-10

Ahora, contesta por favor a las 10 preguntas que vienen a continuación relativas a tu forma y estado físico, tus sentimientos, tu tiempo libre y otros aspectos relacionados con el instituto, la familia y los amigos.

Como siempre responde de forma espontánea nada más leer cada pregunta, redondeando con un círculo el número (del "1" al "5") que consideres más adecuado según la siguiente escala de respuesta.

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo

Por favor responde a todas las frases, no dejes ninguna sin contestar.

En los últimos 10-12 meses,...

1. ¿te has sentido bien y en forma?	1	2	3	4	5
2. ¿te has sentido lleno/a de energía?	1	2	3	4	5
3. ¿te has sentido triste?	1	2	3	4	5
4. ¿te has sentido solo/a?	1	2	3	4	5
5. ¿has tenido suficiente tiempo para ti mismo?	1	2	3	4	5
6. ¿has sido capaz de hacer las cosas que quieres hacer en tu tiempo libre?	1	2	3	4	5
7. ¿tu/s padre/s te han tratado de manera justa?	1	2	3	4	5
8. ¿te has divertido con tus amigos?	1	2	3	4	5
9. ¿te ha ido bien en el instituto?	1	2	3	4	5
10. ¿has sido capaz de prestar atención en las clases?	1	2	3	4	5

Código:
Fecha:

DEFA

1. Podrías indicar, aproximadamente, cuántas horas **duermes** habitualmente al día? (Incluye las horas de siesta). Nº de horas diarias: ____

2. ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que realizas alguna actividad física en tu tiempo libre?
 - No hago ejercicio. El tiempo libre lo ocupo de forma casi completamente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine, etc.).
 - Hago alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades recreativas que requieren un ligero esfuerzo, etc.).
 - Hago actividad física varias veces al mes (deportes, gimnasia, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc.).
 - Hago entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana.

3. ¿Durante cuánto tiempo, aproximadamente, sueles ver la televisión cada día?

	Nada o casi nada	Menos de una hora	Una hora o más	Nº de horas diarias (Promedio diario)
De lunes a viernes				
En fin de semana				

4. ¿Durante cuánto tiempo, aproximadamente, sueles jugar con videojuegos, ordenador o Internet cada día (incluye redes sociales, messenger, chats, consolas etc.)?

	Nada o casi nada	Menos de una hora	Una hora o más	Nº de horas diarias (Promedio diario)
De lunes a viernes				
En fin de semana				

5. ¿Con qué frecuencia consumes los siguientes alimentos?

1	2	3	4	5
Nunca o casi nunca	Menos de una vez a la semana	Una o dos veces a la semana	Tres o más veces a la semana, pero no a diario	A diario

1. Fruta fresca (excluyendo zumos)	1	2	3	4	5
2. Carne (pollo, ternera, cerdo, cordero, etc.)	1	2	3	4	5
3. Huevos.	1	2	3	4	5
4. Pescado.	1	2	3	4	5
5. Pasta, arroz, patatas.	1	2	3	4	5
6. Pan, cereales.	1	2	3	4	5
7. Verduras, ensaladas y hortalizas.	1	2	3	4	5
8. Legumbres.	1	2	3	4	5
9. Embutidos y fiambres.	1	2	3	4	5
10. Productos lácteos (leches, queso, yogur)	1	2	3	4	5
11. Dulces (galletas, bollería, mermeladas, cereales con azúcar, caramelos, etc.)	1	2	3	4	5
12. Refrescos con azúcar.	1	2	3	4	5
13. Comida rápida (pollo frito, bocadillos, pizzas, hamburguesas)	1	2	3	4	5
14. Aperitivos o comidas saladas de picar (patatas fritas, ganchitos, galletitas saladas)	1	2	3	4	5
15. Zumo natural de frutas o verduras.	1	2	3	4	5

Código:

Fecha:

PSS-14

Instrucciones. A continuación encontrarás una serie de frases interrogativas acerca de lo que has experimentado, sentido o pensado en *los últimos meses*. No te pares a pensar en algunas que te hayan parecido similares, responde de forma espontánea nada más leer cada frase, redondeando con un círculo el número (del "0" al "4") que consideres más adecuado según la siguiente escala de respuesta.

0	1	2	3	4
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

Por favor responde a todas las frases, no dejes ninguna sin contestar.

En los últimos meses, ¿Con qué frecuencia, ...

1. has estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. te has sentido incapaz de controlar las cosas importantes de tu vida?	0	1	2	3	4
3. te has sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. has manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. has sentido que has afrontado eficazmente los cambios importantes que han estado ocurriendo en tu vida?	0	1	2	3	4
6. has estado seguro de tu capacidad para manejar tus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. has sentido que las cosas te van bien?	0	1	2	3	4
8. has sentido que no podías afrontar todas las cosas que tenías que hacer?	0	1	2	3	4
9. has podido controlar las dificultades de tu vida?	0	1	2	3	4
10. te has sentido al control de todo?	0	1	2	3	4
11. has estado enfadado porque las cosas que te han ocurrido estaban fuera de tu control?	0	1	2	3	4
12. has pensado sobre las cosas que te quedan por lograr?	0	1	2	3	4
13. has podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. has sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puedes superarlas?	0	1	2	3	4

Código:

Fecha:

GHQ-12

Instrucciones. A continuación encontrarás otra serie de frases interrogativas acerca de lo que has experimentado, sentido o pensado en *los últimos meses*. Algunas pueden parecerte similares a las del anterior test, no te pares a pensar en ello. Responde de forma espontánea nada más leer cada frase, redondeando con un círculo el número (del "0" al "4") que consideres más adecuado según la siguiente escala de respuesta.

0	1	2	3	4
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

Por favor responde a todas las frases, no dejes ninguna sin contestar.

En los últimos meses,...

1. ¿has podido concentrarte bien en lo que haces?	0	1	2	3	4
2. ¿tus preocupaciones te han hecho perder mucho sueño?	0	1	2	3	4
3. ¿has sentido que estás jugando un papel útil en la vida?	0	1	2	3	4
4. ¿te has sentido capaz de tomar decisiones?	0	1	2	3	4
5. ¿te has sentido constantemente agobiado y en tensión?	0	1	2	3	4
6. ¿has sentido que no puedes superar las dificultades?	0	1	2	3	4
7. ¿has sido capaz de disfrutar de las actividades normales de cada día?	0	1	2	3	4
8. ¿has sido capaz de hacer frente a los problemas?	0	1	2	3	4
9. ¿te has sentido triste y deprimido?	0	1	2	3	4
10. ¿has perdido confianza en ti mismo?	0	1	2	3	4
11. ¿has pensado que eres una persona que no vale para nada?	0	1	2	3	4
12. ¿te has sentido razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?	0	1	2	3	4

Código:

Fecha:

CUESTIONARIO INTERNACIONAL

DE ACTIVIDAD FÍSICA (IPAQ)

Diario de Actividad Física

INSTRUCCIONES:

1. Se trata de un diario personal que recogerá toda la actividad física que realizarás durante siete días: desde el sábado de hasta el viernes de
2. Sólo debes indicar lo que realmente hagas. Ni más ni menos.
3. La duración debes apuntarla en horas y minutos, desde el inicio de la actividad hasta el final de la misma.
4. Realiza las anotaciones cuando finalices las actividades, no esperes al final del día.

ESTUDIO PREMIED

Diario sobre alimentación

INSTRUCCIONES:

1. En este diario recogerás información sobre tu alimentación durante siete días: desde el sábado de hasta el viernes de
2. Sólo debes indicar lo que realmente ingieras. Ni más ni menos.
3. Responde a las diferentes cuestiones al final de cada uno de los días.

Gracias por tu colaboración

Código:

Fecha:

Diario de Actividad Física. IPAQ

Día: / / (Sábado)	Desde que te levantas hasta la hora de comer	Desde que comes hasta que te vas a la cama
Actividad física suave (respiración normal, sin sudoración aparente): Caminar despacio.		
Actividad física moderada (respiración más rápida de lo normal y ligera sudoración transcurridos unos diez minutos de la actividad): Pasear a ritmo ligero, cargar objetos ligeros, andar en bicicleta a paso regular, jugar dobles de tenis.		
Actividad física intensa (respiración considerablemente más rápida de lo normal y visible sudoración al poco de comenzar el ejercicio): Andar rápido en bicicleta, levantar objetos pesados, cavar, actividades deportivas.		

Código:

Fecha:

Diario sobre alimentación. ESTUDIO PREMIDED

Día: / / (Sábado)

1. ¿Ha sido utilizado el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?: ____
2. Aceite de oliva consumido en total en el día (incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaladas, etc.). Número de cucharadas soperas: ____
3. Raciones de verdura u hortalizas consumidas en el día (las guarniciones o acompañamientos = ½ ración) 1 ración = 200 g.: ____ De las indicadas, cuántas son en ensalada o crudas: ____
4. Número de piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consumidas: ____
5. Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos has consumido (ración: 100 – 150 g): ____
6. Raciones de mantequilla, margarina o nata consumida (porción individual: 12 g): ____
7. Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) has consumido: ____
9. Raciones de legumbres consumidas (1 plato o ración de 150 g.): ____
10. Raciones de pescado-mariscos consumidas (1 plato pieza o ración: 100-150 de pescado o 4-5 piezas o 200 g. de marisco): ____
11. Repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulce o pasteles: ____
12. Frutos secos consumidos (ración 30 g.): ____
13. Carne de pollo, pavo o conejo (carne de pollo: 1 pieza o ración de 100-150 g.): ____
14. Número de veces que has consumido los vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborado a fuego lento con aceite de oliva (sofrito): ____

Código:

Fecha:

Diario de Actividad Física. IPAQ

Día: / / (Domingo)	Desde que te levantas hasta la hora de comer	Desde que comes hasta que te vas a la cama
Actividad física suave (respiración normal, sin sudoración aparente): Caminar despacio.		
Actividad física moderada (respiración más rápida de lo normal y ligera sudoración transcurridos unos diez minutos de la actividad): Pasear a ritmo ligero, cargar objetos ligeros, andar en bicicleta a paso regular, jugar dobles de tenis.		
Actividad física intensa (respiración considerablemente más rápida de lo normal y visible sudoración al poco de comenzar el ejercicio): Andar rápido en bicicleta, levantar objetos pesados, cavar, actividades deportivas.		

Código:

Fecha:

Diario sobre alimentación. ESTUDIO PREMIDED

Día: / / (Domingo)

1. ¿Ha sido utilizado el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?: ____
2. Aceite de oliva consumido en total en el día (incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaladas, etc.). Número de cucharadas soperas: ____
3. Raciones de verdura u hortalizas consumidas en el día (las guarniciones o acompañamientos = ½ ración) 1 ración = 200 g.: ____ De las indicadas, cuántas son en ensalada o crudas: ____
4. Número de piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consumidas: ____
5. Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos has consumido (ración: 100 – 150 g): ____
6. Raciones de mantequilla, margarina o nata consumida (porción individual: 12 g): ____
7. Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) has consumido: ____
9. Raciones de legumbres consumidas (1 plato o ración de 150 g.): ____
10. Raciones de pescado-mariscos consumidas (1 plato pieza o ración: 100-150 de pescado o 4-5 piezas o 200 g. de marisco): ____
11. Repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulce o pasteles: ____
12. Frutos secos consumidos (ración 30 g.): ____
13. Carne de pollo, pavo o conejo (carne de pollo: 1 pieza o ración de 100-150 g.): ____
14. Número de veces que has consumido los vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborado a fuego lento con aceite de oliva (sofrito): ____

Código:

Fecha:

Diario de Actividad Física. IPAQ

Día: / / (Lunes)	Desplazamiento al Instituto	En el Instituto			Vuelta a casa	Después de comer hasta la hora de ir a la cama
		Recreo	Actividades extraescolares	Educación Física		
Actividad física suave (respiración normal, sin sudoración aparente): Caminar despacio.						
Actividad física moderada (respiración más rápida de lo normal y ligera sudoración transcurridos unos diez minutos de la actividad): Pasear a ritmo ligero, cargar objetos ligeros, andar en bicicleta a paso regular, jugar dobles de tenis.						
Actividad física intensa (respiración considerablemente más rápida de lo normal y visible sudoración al poco de comenzar el ejercicio): Andar rápido en bicicleta, levantar objetos pesados, cavar, actividades deportivas.						

Código:

Fecha:

Diario sobre alimentación. ESTUDIO PREMIDED

Día: / / (Lunes)

1. ¿Ha sido utilizado el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?: ____
2. Aceite de oliva consumido en total en el día (incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaladas, etc.). Número de cucharadas soperas:

3. Raciones de verdura u hortalizas consumidas en el día (las guarniciones o acompañamientos = ½ ración) 1 ración = 200 g.: ____ De las indicadas, cuántas son en ensalada o crudas: ____
4. Número de piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consumidas: ____
5. Cuantas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos has consumido (ración: 100 – 150 g): ____
6. Raciones de mantequilla, margarina o nata consumida (porción individual: 12 g): ____
7. Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) has consumido: ____
9. Raciones de legumbres consumidas (1 plato o ración de 150 g.): ____
10. Raciones de pescado-mariscos consumidas (1 plato pieza o ración: 100-150 de pescado o 4-5 piezas o 200 g. de marisco): ____
11. Repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulce o pasteles: ____
12. Frutos secos consumidos (ración 30 g.): ____
13. Carne de pollo, pavo o conejo (carne de pollo: 1 pieza o ración de 100-150 g.): ____
14. Número de veces que has consumido los vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborado a fuego lento con aceite de oliva (sofrito): ____

Código:

Fecha:

Diario de Actividad Física. IPAQ

Día: / / (Martes)	Desplazamiento al Instituto	En el Instituto			<i>Vuelta a casa</i>	<i>Después de comer hasta la hora de ir a la cama</i>
		Recreo	Actividades extraescolares	Educación Física		
Actividad física suave (respiración normal, sin sudoración aparente): Caminar despacio.						
Actividad física moderada (respiración más rápida de lo normal y ligera sudoración transcurridos unos diez minutos de la actividad): Pasear a ritmo ligero, cargar objetos ligeros, andar en bicicleta a paso regular, jugar dobles de tenis.						
Actividad física intensa (respiración considerablemente más rápida de lo normal y visible sudoración al poco de comenzar el ejercicio): Andar rápido en bicicleta, levantar objetos pesados, cavar, actividades deportivas.						

Código:

Fecha:

Diario sobre alimentación. ESTUDIO PREMIDED

Día: / / (Martes)

1. ¿Ha sido utilizado el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?: ____
2. Aceite de oliva consumido en total en el día (incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaladas, etc.). Número de cucharadas soperas:

3. Raciones de verdura u hortalizas consumidas en el día (las guarniciones o acompañamientos = ½ ración) 1 ración = 200 g.: ____ De las indicadas, cuántas son en ensalada o crudas: ____
4. Número de piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consumidas: ____
5. Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos has consumido (ración: 100 – 150 g): ____
6. Raciones de mantequilla, margarina o nata consumida (porción individual: 12 g): ____
7. Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) has consumido: ____
9. Raciones de legumbres consumidas (1 plato o ración de 150 g.): ____
10. Raciones de pescado-mariscos consumidas (1 plato pieza o ración: 100-150 de pescado o 4-5 piezas o 200 g. de marisco): ____
11. Repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulce o pasteles: ____
12. Frutos secos consumidos (ración 30 g.): ____
13. Carne de pollo, pavo o conejo (carne de pollo: 1 pieza o ración de 100-150 g.): ____
14. Número de veces que has consumido los vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborado a fuego lento con aceite de oliva (sofrito): ____

Código:

Fecha:

Diario de Actividad Física. IPAQ

Día: / / (Miércoles)	Desplazamiento al Instituto	En el Instituto			Vuelta a casa	Después de comer hasta la hora de ir a la cama
		Recreo	Actividades extraescolares	Educación Física		
Actividad física suave (respiración normal, sin sudoración aparente): Caminar despacio.						
Actividad física moderada (respiración más rápida de lo normal y ligera sudoración transcurridos unos diez minutos de la actividad): Pasear a ritmo ligero, cargar objetos ligeros, andar en bicicleta a paso regular, jugar dobles de tenis.						
Actividad física intensa (respiración considerablemente más rápida de lo normal y visible sudoración al poco de comenzar el ejercicio): Andar rápido en bicicleta, levantar objetos pesados, cavar, actividades deportivas.						

Código:

Fecha:

Diario sobre alimentación. ESTUDIO PREMIDED

Día: / / (Miércoles)

1. ¿Ha sido utilizado el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?: ____
2. Aceite de oliva consumido en total en el día (incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaladas, etc.). Número de cucharadas soperas:

3. Raciones de verdura u hortalizas consumidas en el día (las guarniciones o acompañamientos = ½ ración) 1 ración = 200 g.: ____ De las indicadas, cuántas son en ensalada o crudas: ____
4. Número de piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consumidas: ____
5. Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos has consumido (ración: 100 – 150 g): ____
6. Raciones de mantequilla, margarina o nata consumida (porción individual: 12 g): ____
7. Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) has consumido: ____
9. Raciones de legumbres consumidas (1 plato o ración de 150 g.): ____
10. Raciones de pescado-mariscos consumidas (1 plato pieza o ración: 100-150 de pescado o 4-5 piezas o 200 g. de marisco): ____
11. Repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulce o pasteles: ____
12. Frutos secos consumidos (ración 30 g.): ____
13. Carne de pollo, pavo o conejo (carne de pollo: 1 pieza o ración de 100-150 g.): ____
14. Número de veces que has consumido los vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborado a fuego lento con aceite de oliva (sofrito): ____

Código:

Fecha:

Diario de Actividad Física. IPAQ

Día: / / (Jueves)	Desplazamiento al Instituto	En el Instituto			Vuelta a casa	Después de comer hasta la hora de ir a la cama
		Recreo	Actividades extraescolares	Educación Física		
Actividad física suave (respiración normal, sin sudoración aparente): Caminar despacio.						
Actividad física moderada (respiración más rápida de lo normal y ligera sudoración transcurridos unos diez minutos de la actividad): Pasear a ritmo ligero, cargar objetos ligeros, andar en bicicleta a paso regular, jugar dobles de tenis.						
Actividad física intensa (respiración considerablemente más rápida de lo normal y visible sudoración al poco de comenzar el ejercicio): Andar rápido en bicicleta, levantar objetos pesados, cavar, actividades deportivas.						

Código:

Fecha:

Diario sobre alimentación. ESTUDIO PREMIDED

Día: / / (Jueves)

1. ¿Ha sido utilizado el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?: ____
2. Aceite de oliva consumido en total en el día (incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaladas, etc.). Número de cucharadas soperas:

3. Raciones de verdura u hortalizas consumidas en el día (las guarniciones o acompañamientos = ½ ración) 1 ración = 200 g.: ____ De las indicadas, cuántas son en ensalada o crudas: ____
4. Número de piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consumidas: ____
5. Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos has consumido (ración: 100 – 150 g): ____
6. Raciones de mantequilla, margarina o nata consumida (porción individual: 12 g): ____
7. Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) has consumido: ____
9. Raciones de legumbres consumidas (1 plato o ración de 150 g.): ____
10. Raciones de pescado-mariscos consumidas (1 plato pieza o ración: 100-150 de pescado o 4-5 piezas o 200 g. de marisco): ____
11. Repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulce o pasteles: ____
12. Frutos secos consumidos (ración 30 g.): ____
13. Carne de pollo, pavo o conejo (carne de pollo: 1 pieza o ración de 100-150 g.): ____
14. Número de veces que has consumido los vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborado a fuego lento con aceite de oliva (sofrito): ____

Código:

Fecha:

Diario de Actividad Física. IPAQ

Día: / / (Viernes)	Desplazamiento al Instituto	En el Instituto			Vuelta a casa	Después de comer hasta la hora de ir a la cama
		Recreo	Actividades extraescolares	Educación Física		
Actividad física suave (respiración normal, sin sudoración aparente): Caminar despacio.						
Actividad física moderada (respiración más rápida de lo normal y ligera sudoración transcurridos unos diez minutos de la actividad): Pasear a ritmo ligero, cargar objetos ligeros, andar en bicicleta a paso regular, jugar dobles de tenis.						
Actividad física intensa (respiración considerablemente más rápida de lo normal y visible sudoración al poco de comenzar el ejercicio): Andar rápido en bicicleta, levantar objetos pesados, cavar, actividades deportivas.						

Código:
Fecha:

Diario sobre alimentación. ESTUDIO PREMIDED

Día: / / (Viernes)

1. ¿Ha sido utilizado el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?: ____
2. Aceite de oliva consumido en total en el día (incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaladas, etc.). Número de cucharadas soperas:

3. Raciones de verdura u hortalizas consumidas en el día (las guarniciones o acompañamientos = ½ ración) 1 ración = 200 g.: ____ De las indicadas, cuántas son en ensalada o crudas: ____
4. Número de piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consumidas: ____
5. Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos has consumido (ración: 100 – 150 g): ____
6. Raciones de mantequilla, margarina o nata consumida (porción individual: 12 g): ____
7. Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) has consumido: ____
9. Raciones de legumbres consumidas (1 plato o ración de 150 g.): ____
10. Raciones de pescado-mariscos consumidas (1 plato pieza o ración: 100-150 de pescado o 4-5 piezas o 200 g. de marisco): ____
11. Repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulce o pasteles: ____
12. Frutos secos consumidos (ración 30 g.): ____
13. Carne de pollo, pavo o conejo (carne de pollo: 1 pieza o ración de 100-150 g.): ____
14. Número de veces que has consumido los vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborado a fuego lento con aceite de oliva (sofrito): ____

Código:

Fecha:

IPAQ

Nos interesa conocer el tipo de actividad física que usted realiza en su vida cotidiana. Las preguntas ser referirán al tiempo que destinó a estar activo en los últimos siete días (3 a 9 de mayo de 2014)

1. Durante los últimos siete días, ¿en cuántos realizó actividades físicas intensas como levantar objetos pesados, cavar, ejercicios aeróbicos, o andar rápido en bicicleta?
Días por semana (indique el número): _____
Ninguna actividad física intensa (pase a la pregunta 3)
2. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física intensa en uno de esos días?
Indique cuántas horas por día: _____
Indique cuántos minutos por día: _____
No sabe/No está seguro.
3. Durante los últimos siete días, ¿en cuántos días hizo actividades físicas tal como cargar objetos ligeros o andar en bicicleta a paso regular, o jugar dobles de tenis? No incluya caminar.
Días por semana (indicar el número): _____
Ninguna actividad física moderada (pase a la pregunta 5)
4. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física moderada en uno de esos días?
Indique cuántas horas por día: _____
Indique cuántos minutos por día: _____
No sabe/No está seguro.
5. Durante los últimos siete días, ¿en cuántos días caminó por al menos 10 minutos seguidos?
Días por semana (indique el número): _____
Ninguna caminata (pase a la pregunta 7)
6. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días?
Indique cuántas horas por día: _____
Indique cuántos minutos por día: _____
No sabe/No está seguro.
7. Durante los últimos siete días, ¿cuánto tiempo pasó sentado durante un día hábil?
Indique cuántas horas por día: _____
Indique cuántos minutos por día: _____
No sabe/No está seguro.

Código:

Fecha:

PREDIMED

Las preguntas se refieren a su dieta
durante la semana del a de de

1. ¿Usa usted el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?: Si / No
2. ¿Cuánto aceite de oliva consume en total en el día (incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaladas, etc.). Número de cucharadas soperas: ____
3. ¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día (las guarniciones o acompañamientos = ½ ración) 1 ración = 200 g.: ____ De las indicadas, cuántas son en ensalada o crudas: ____
4. ¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día? ____
5. ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día? (ración: 100 – 150 g): ____
6. ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día (porción individual: 12 g): ____
7. ¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día?: ____
8. ¿Bebe usted vino? ¿Cuánto vasos consume a la semana?
9. ¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana? (1 plato o ración de 150 g.): ____
10. ¿Cuántas raciones de pescado-mariscos consume a la semana (1 plato pieza o ración: 100-150 de pescado o 4-5 piezas o 200 g. de marisco): ____
11. ¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulce o pasteles a la semana?: ____
12. ¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana? (ración 30 g.): ____
13. ¿Consume usted preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas? (carne de pollo: 1 pieza o ración de 100-150 g.): ____
14. ¿Cuántas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborado a fuego lento con aceite de oliva (sofrito): ____

Código:

Fecha:

BEECESA-RA24

Instrucciones. Lee cada frase y rodea con un círculo un número según estés más o menos de acuerdo con cada frase, utilizando la siguiente escala de respuesta:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Estoy totalmente en desacuerdo	Estoy muy en desacuerdo	Estoy bastante en desacuerdo	Estoy un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Estoy un poco de acuerdo	Estoy bastante de acuerdo	Estoy muy de acuerdo	Estoy totalmente de acuerdo

Por favor, responde a todas las frases, no dejes ninguna sin contestar.

1. Creo que siempre hay más alternativas de las que uno piensa para resolver cualquier tarea académica.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
2. Me considero capaz de enfrentarme con éxito a cualquier tarea académica.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
3. Las notas que reciba al final de un curso estarán siempre en estrecha relación con lo que yo haga durante el curso.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
4. Cuando deseo sacar una nota determinada tiendo a pensar que lo conseguiré.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
5. El que yo saque buenas o malas notas depende de que me pregunten justo lo que mejor mesé.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
6. Los profesores no son ni justos ni objetivos en cuanto a las calificaciones.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
7. Tengo muy claro que según lo bien o mal que yo haga los exámenes así obtendré unas notas u otras.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
8. Creo que soy capaz de conseguir muchos éxitos académicos.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
9. En general pienso que si uno se esfuerza y estudia obtendrá buenos resultados.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
10. Soy optimista cuando pienso en la posibilidad de conseguir las notas que me fijo.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
11. Me veo con capacidad para comprender bien y con rapidez cualquier materia.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
12. Sacar buenas o malas notas depende de cosas como que me pregunten justo lo que más he estudiado.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
13. Siempre habrá algún modo, por muy imposible que parezca, de superar cualquier dificultad académica.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
14. Me siento con confianza para abordar situaciones que ponen a prueba mi capacidad académica.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
15. Lo haga como lo haga los profesores pondrán siempre las notas que les dé la gana.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
16. Sacar buenas o malas notas es cuestión de suerte.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
17. Da lo mismo prepararse bien o no una materia, los profesores siempre irán a "pillarte".	1 2 3 4 5 6 7 8 9
18. A la hora de evaluar, los profesores tratan de forma diferente a unos y a otros.	1 2 3 4 5 6 7 8 9

19. La suerte es algo decisivo en el tipo de notas que yo pueda obtener.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
20. Suelo tener altas expectativas de conseguir las notas que me propongo.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
21. Cuando me quedo bloqueado en la realización de alguna tarea enseguida tiendo a pensar que ya se me ocurrirá algo.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
22. El tipo de notas que yo obtenga está en función de lo capaz que yo sea de prepararme bien las asignaturas.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
23. Si alguna cosa relacionada con los estudios no parece ir bien, suelo pensar que habrá algún modo de superarlo.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
24. Tiendo a pensar que las cosas me irán bien en los estudios.	1 2 3 4 5 6 7 8 9

Código:

Fecha:

SPNFA

Instrucciones. Se solicita información, con uso exclusivo, para el estudio sobre actividad física y salud. Gracias por tu colaboración.

	Padre	Madre
--	-------	-------

Situación profesional.

Trabajador por cuenta propia.		
Asalariado del sector privado.		
Asalariado del sector público.		
Desempleado.		
Jubilado.		

Ocupación.		
------------	--	--

Nivel de formación alcanzado.

Educación primaria o E.G.B.		
Graduado en Educación Secundaria.		
Técnico en Formación Profesional.		
Título de Bachillerato.		
Técnico Superior en Formación Profesional.		
Diplomado o Ingeniero Técnico.		
Licenciado o Ingeniero Superior.		
Doctor.		

Cursos repetidos en Educación Primaria: _____.

Cursos repetidos en Educación Secundaria: _____.

Código:

Fecha:

Tabla. Problemas físicos (Dolencias diagnosticadas)

1	Alergia al polen.	
2	Asma.	
3	Alergia alimentaria.	
4	Alergia trombocid.	
5	Alergia aspirina.	
6	Escoliosis.	
7	Pequeño soplo.	
8	Migraña.	
9	Dermatitis.	
10	Cadera laxa.	
11	Síndrome de Asperge.	
12	Hiperactividad.	
13	Cadera.	
14	Plantilla correctora.	
15	Rodillas.	
16	Migrañas.	
17	Hiperlordosis.	
18	Pie zambo.	
19	Comunicación intraventricular.	
20	Valgo.	
21	Válvula pulmonar.	
22	P manos.	
23	Bronquitis.	
24	Folículos ováricos.	
25	Malformación en zona lumbar.	
26	Esguinces.	
27	Contracturas.	
28	Fracturas pie, manos.	
29	Hernia.	
30	Operación oído.	
31	Quistes.	
32	Micro rotura ligamentos.	
33	Tendinitis.	

10.2. Anexo B Comunicaciones

Actuaciones realizadas de conformidad con lo dispuesto en la vigente Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Salamanca, octubre de 2012

Estimado padre, madre o tutor.

Mi nombre es Agustín Sánchez Pérez e imparto, durante este curso académico, la asignatura de Educación Física a su hijo/a: _____. Pertenezco al cuerpo de Catedráticos de Enseñanza Secundaria y tengo asignada la Jefatura de Departamento de Educación Física en este Instituto, mi centro de servicio definitivo.

Me dirijo a Uds. para solicitarles su autorización para que su hijo/a participe en un proyecto de investigación de mi Tesis Doctoral “Determinantes personales y sociales en la adherencia a la actividad física y sus efectos en el bienestar físico-mental”, codirigida por el Doctor David López Palenzuela (Profesor de la Facultad de Psicología de Salamanca) y por los Doctores Luis García Ortiz y Manuel Ángel Gómez Marcos (Médicos de Familia del Centro de Salud de “La Alamedilla” y del Instituto de Investigación Biomédico de Salamanca)

179 alumnos del IES “Venancio Blanco” participaron en el curso académico anterior en este Proyecto.

Nuestro objetivo es analizar la práctica de actividad física en los adolescentes y sus efectos en su salud física y mental.

SOLICITO la participación de sus hijos en las siguientes actividades:

- 1) Cuestionario sobre Actividad física y Salud. Análisis de factores relacionados con la práctica física (27 ítems). Aplicación en horario de Educación Física.
- 2) Diario de actividad física (IPAQ) y cumplimiento de la dieta (PREDIMED). Registro de los tiempos empleados en actividad física y en el seguimiento de la dieta durante todos los días de una semana. La asignación de instrucciones se realizará en horario de Educación Física.
- 3) Bienestar físico.
Capacidad física. Rendimiento en cinco pruebas sobre las cualidades físicas básicas. Aplicación: sesiones de Educación Física en la primera evaluación.
Estado de salud. Antecedentes sobre estado de salud del alumno: identificación de problemas cardiovasculares, respiratorios y lesiones previas. Información aportada, al inicio del curso, en documento firmado por los padres y dirigida al departamento de educación física.
Peso, altura, frecuencia cardíaca y tensión arterial en reposo y después de esfuerzo máximo. Aplicación en horario de Educación Física.
- 4) Cuestionarios sobre bienestar psicológico. Cuestionario SWL sobre satisfacción vital (5 ítems); Cuestionario GHQ-I sobre insatisfacción vital (7 ítems); cuestionario BECEGC-28 sobre optimismo fundado (28 ítems) y otros cuestionarios que pudieran programarse. Aplicación en horario de Tutoría para los alumnos.

Todas las actuaciones se realizarán de conformidad con lo dispuesto en la vigente Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Saludos cordiales

PD. Para aclarar cualquier cuestión sobre lo expuesto pueden hacerlo por teléfono o personalmente. Se ruega petición previa a través de su hijo/a.

Su hijo/a entregará este documento, en clase de Educación Física, antes del día 25/10/12

D./D^a. _____, madre, padre o tutor del alumno/a (subráyese lo que proceda) _____ curso: ____ grupo: ____ con domicilio _____, teléfono de contacto _____ autorizo / no autorizo (subráyese lo que proceda) la participación de mi hijo/a en el proyecto de investigación sobre “Determinantes personales y sociales en la adherencia a la actividad física y sus efectos en el bienestar físico-mental” desarrollado por el Profesor Agustín Sánchez.

Y para que conste firmo la presente en _____ a ____ de octubre de 2012

Firma, nombre y apellidos y D.N.I. de la persona que firma este documento

Fdo.: _____ D.N.I.: _____

COMUNICACIÓN RECOGIDA EN LA PROGRAMACIÓN DIDÁCTICA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN FÍSICA

Agustín Sánchez Pérez, cuerpo: Catedráticos de Enseñanza Secundaria, con centro de destino definitivo en este centro

COMUNICA

Al amparo de la Orden de 21 de diciembre de 2001, de la Consejería de Educación y Cultura, que modifica la Orden de 28 de marzo de 2001, se aprueba el Plan Regional de Formación del profesorado.

El artículo 55 de la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo, establece que los poderes públicos prestarán su atención prioritaria al conjunto de factores que favorecen la calidad y mejora de la enseñanza, en especial a: a) La cualificación y formación del profesorado... d) La innovación y la investigación educativa...

La formación permanente constituye un derecho y una obligación de todo el profesorado y una responsabilidad de las administraciones educativas. Periódicamente, el profesorado, deberá realizar actividades de actualización científica, didáctica y profesional en los centros docentes, en instituciones formativas específicas en las Universidades y en empresas.

Orden de 21 de diciembre de 2001. Punto 2: Modelo de formación Permanente.

El modelo de formación que se considera adecuado a las peculiaridades de nuestra Comunidad, tiene las siguientes características: a) Basado en la práctica docente... d) En el lugar de trabajo donde ejerce el docente, e) Cercano a las necesidades del profesorado, f) Formación a lo largo de la vida para afrontar los cambios que se producen en la sociedad.

Es necesario que la formación tenga presente la experiencia del propio docente, sus concepciones y su práctica, buscando la mejora de lo existente, construyendo un progresivo perfeccionamiento profesional. La formación debe favorecer la renovación del conocimiento que ha de incidir en una mejora del trabajo docente, en base a las siguientes dimensiones: científica, didáctica y metodológica, psicopedagógica y sociológica.

Que tengo inscrito en la Universidad de Salamanca el proyecto de Tesis Doctoral “Determinantes personales y sociales en la adherencia a la actividad física y sus efectos en el bienestar físico-mental en adolescentes”, codirigida por el Doctor David López Palenzuela (Profesor de la Facultad de Psicología de Salamanca) y por los Doctores Luis García Ortiz y Manuel Ángel Gómez Marcos (Médicos de Familia del Centro de Salud de “La Alamedilla” y del Instituto de Investigación Biomédico de Salamanca).

Nuestro objetivo es analizar la práctica de actividad física en los adolescentes y sus efectos en su salud física y mental.

Que durante el curso 2012/2013 informé al Director del Instituto, Profesores Tutores de los grupos participantes, Comisión de Coordinación Pedagógica y a los Padres o Tutores de los alumnos de 1º, 2º y 3º E.S.O. (de los que fui profesor de Educación Física en su totalidad) para que pudieran participar en el Proyecto de Investigación sobre “Determinantes personales y sociales en la adherencia a la actividad física y sus efectos en el bienestar físico-mental en adolescentes”. Los 179 alumnos participantes presentaron autorización previa de sus padres o tutores.

Que durante el curso 2013-2014 se mantuvo el desarrollo de la investigación referida. Participaron los alumnos autorizados por sus padres o tutores, alumnos incorporados al instituto durante este curso que lo desearon (se encontraban en grupos de niveles de la ESO) y aquellos alumnos que no habiendo participado el curso anterior desearon hacerlo durante el nuevo curso (se encontraban en grupos de niveles de la ESO) en total 280 alumnos participantes.

Al igual que en los dos anteriores cursos, en el curso académico 2014/2015 avanzaré en el desarrollo de este estudio de campo.



VNIVERSIDAD
DSALAMANCA



Ψ