



Autoconcepto físico y hábitos saludables en mujeres adultas cacereñas físicamente activas

Autora: Nuria Vizuete Núñez
Directora: Dra. Margarita Gozalo Delgado

Autoconcepto físico y hábitos saludables en mujeres adultas cacereñas físicamente activas

Nuria Vizquete Núñez

2009/2010



187 260

AUTOCONCEPTO FÍSICO Y HáBITOS SALUDABLES EN MUJERES ADULTAS CACEREÑAS FÍSICAMENTE ACTIVAS

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS.....	9
INTRODUCCIÓN.....	11
1ª PARTE: DESARROLLO TEÓRICO.....	13
➤ Capítulo 1: Definición de términos.....	13
1.-EL AUTOCONCEPTO.....	13
2.-AUTOCONCEPTO FÍSICO.....	17
3.-CALIDAD DE VIDA, VIDA SALUDABLE Y HáBITOS DE VIDA.....	19
4.-GÉNERO.....	21
5.-ACTIVIDAD FÍSICO DEPORTIVA, EJERCICIO FÍSICO Y DEPORTE.....	24
➤ Capítulo 2: Situación actual.....	26
1.-ESTUDIOS QUE RELACIONAN EL AUTOCONCEPTO FÍSICO CON HáBITOS SALUDABLES, GÉNERO Y EDAD.....	26
2.- ESTUDIOS QUE RELACIONAN EL AUTOCONCEPTO FÍSICO EN FUNCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL EJERCICIO FÍSICO.....	29
2ª PARTE: DESARROLLO EMPÍRICO.....	35
➤ Capítulo 1: Justificación del estudio.....	35
➤ Capítulo 2: Objetivos.....	36
➤ Capítulo 3: Hipótesis.....	36
➤ Capítulo 4: Material y método.....	38

1.-MUESTRA.....	38
2.-INSTRUMENTOS.....	40
3.-DISEÑO Y PROCEDIMIENTO.....	41
➤ Capítulo 5: Resultados.....	42
➤ Capítulo 6: Discusión, conclusiones y perspectivas futuras.....	54
1.-DISCUSIÓN.....	54
2.-CONCLUSIONES.....	58
3.-PERSPECTIVAS FUTURAS.....	58
BIBLIOGRAFÍA.....	60
ANEXOS.....	68
➤ Anexo I.....	69
➤ Anexo II.....	70
➤ Anexo III.....	71
➤ Anexo IV.....	78
➤ Anexo V.....	80

ÍNDICE DE FIGURAS Y GRÁFICOS

Figura 1.1. Modelo jerárquico de habilidades intelectuales de Shavelson, Hubner y Stanton (1976).....	15
Figura 5.1. Relación de términos.....	25
Gráfico 4.1.1. Nivel de estudios de las mujeres que componen la muestra.....	38
Gráfico 4.1.2. Edad de las mujeres que componen la muestra.....	39
Gráfico 4.1.3. Centro de procedencia de las mujeres que componen la muestra...	39

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 5.1. Estadísticos descriptivos de las variables IMC, el número de horas de práctica y las diferentes categorías del autoconcepto (n=160).....	42
Tabla 5.2. Correlaciones de las variables IMC, el número de horas de práctica y las diferentes categorías del autoconcepto (n=160).....	43
Tabla 5.3. T de Student comparativa entre los valores normativos de los valores del CAF (n=736) y medias obtenidas por nuestras participantes (n=160).....	45
Tabla 5.4. ANOVA del factor edad con respecto al IMC, nº de horas de práctica, el nivel de Salud Percibido y el CAF (n=160).....	46
Tabla 5.5. Prueba de Comparaciones múltiples de Bonferroni: Niveles de IMC, nº de horas de práctica, estado de salud percibido y dimensiones del autoconcepto respecto a la edad (n=160).....	47
Tabla 5.6. Prueba de Kruskal-Wallis: Variable de agrupación: Tipo de actividad que realiza con rangos y estadístico de contraste (n=160).....	49
Tabla 5.7. Prueba de Kruskal-Wallis Variable de agrupación: IMC (n=160).....	50
Tabla 5.8. Prueba de Kruskal-Wallis. Rangos y Estadísticos de contraste respecto a la variable “fumar y las dimensiones del Autoconcepto Físico (n=160)”.....	51
Tabla 5.9. Prueba de Kruskal-Wallis. Rangos y Estadísticos de contraste respecto a la variable “cuido las horas de sueño y las dimensiones del Autoconcepto Físico (n=160)”.....	52
Tabla 5.10. Prueba de Kruskal-Wallis. Rangos y Estadísticos de contraste respecto a la variable “cuido de la alimentación y las dimensiones del Autoconcepto Físico (n=160)”.....	53

AGRADECIMIENTOS

Hace casi dos años daba comienzo la primera edición del Máster en Ejercicio Físico y Salud. La mayoría de mis compañeros trabajaban en el ámbito de la salud y la actividad física o ya habían comenzado a investigar en este tema. Rodearme de gente tan adentrada en este mundo me ha aportado muchas ganas de aprender y sobre todo ha sido una ayuda para conocer las posibilidades que ofrece la investigación. Por esto quiero agradecer a todos mis compañeros el haber contribuido a mi crecimiento personal y profesional con sus experiencias.

Ha sido una experiencia muy enriquecedora el que este máster se haya realizado entre la Universidad de Évora y la Universidad de Extremadura ofreciendo lo mejor de cada casa. Gracias a este convenio, los alumnos de ambos países podemos beneficiarnos de las ventajas de las dos universidades. De este modo felicito a las personas que se les ocurrió organizar este máster de forma transfronteriza.

Quiero agradecer también a mis compañeros, Paulina y Miguel, del laboratorio de psicología el apoyo y ánimo que me han aportado. Pero sin duda este trabajo no hubiera sido posible sin la dirección de Margarita. Cuando llegué al laboratorio sólo tenía una pequeña noción de cómo plantear el trabajo, pero ella ha hecho posible que termine la investigación habiendo comprendido todo el proceso. La forma de trabajo que hemos llevado a cabo me ha resultado dura en alguna ocasión, pero sólo de esta manera he podido ser cada vez más autónoma, teniendo más confianza en mi trabajo. Agradezco enormemente a Margarita haber aceptado dirigir mi primer trabajo de investigación con tanta paciencia y dedicación, por lo tedioso que resulta crear los primeros pilares de conocimiento en esta materia.

Por último quiero dar las gracias a los responsables de cada sede colaboradora, a los monitores y a todas las mujeres que han colaborado para que este trabajo se haya podido llevar a cabo.

-¿Querría usted indicarme qué camino debo tomar para salir de aquí?

-Eso depende en gran medida del lugar a donde quiera ir- respondió el gato.

No me importa mayormente el lugar...-dijo Alicia.

-En ese caso poco importa el camino- declaró el gato.

-...con tal de llegar a alguna parte- añadió Alicia a modo de explicación.

*¡Oooooooh!- dijo el gato. Puede usted estar segura de llegar allí si camina durante un tiempo
suficientemente largo.*

Alicia en el país de las maravillas. (Lewis Carroll, 1865)

INTRODUCCIÓN

Después de la incorporación de la mujer al mundo laboral, numerosos estudios han corroborado la doble jornada que esto implica, por ser ellas en la mayoría de los casos las que se encargan de las tareas domésticas y de los hijos. El resultado de estos estudios ha llevado a que muchas de ellas reivindiquen también su tiempo libre o “tiempo para ellas”. Con esto han sido muchas las ofertas de actividades deportivas, o no, que surgen exclusivamente para este colectivo tanto de ámbito público como privado.

El presente estudio mide el autoconcepto físico en mujeres de Cáceres que realizan actividad física tanto en centros públicos o privados, además de sus hábitos de vida tratando de establecer relaciones de tipo socio-demográfico.

Es muy reciente el interés de la mujer por el deporte. Hemos de tener en cuenta que hasta La Constitución Española de 1973 no se reconoce el derecho a los ciudadanos por la práctica de actividad física. El sistema educativo por el que han pasado estas mujeres no contemplaba la educación física en su proyecto de forma obligatoria. Este hecho, no solo marca el estilo de vida de una generación, sino que la importancia del deporte para ellas va a hacer mella también en la educación de sus hijos.

Por otro lado, está muy de moda el ejercicio para la salud, la gimnasia suave, la gimnasia de mantenimiento; en general, la actividad física instrumental como la forma de bajar peso, mejorar la calidad de vida, ampliar las relaciones sociales... Pero ¿realmente se consiguen todos estos beneficios o simplemente es una forma de sentirse más a gusto consigo mismo? No se hace deporte para disfrutar de la actividad en sí misma.

La presión social por unos determinados cánones de belleza y la educación en ámbito deportivo que han tenido las mujeres de mediana edad condicionan mucho sus alternativas de elección, a la hora de seleccionar una actividad física. Algunas de estas limitaciones “barreras” se relacionan con el acceso a instalaciones y recursos de la comunidad, la integración de la actividad física dentro de ámbito educativo... Variables, todas ellas vinculadas a un entorno socio-económico.

Como veremos más detalladamente, el nivel de autoconcepto físico está relacionado con el bienestar psicológico, el IMC y la consolidación de hábitos saludables entre ellos la actividad física.

Estos motivos nos llevaron a plantearnos este trabajo con una muestra concreta de mujeres practicantes de actividad física. Los resultados obtenidos revelan que el autoconcepto físico se relaciona con algunas de las variables propuestas de forma positiva.

1ª PARTE: DESARROLLO TEÓRICO

➤ Capítulo 1: Definición de términos.

El autoconcepto físico es entendido como una de las dimensiones del autoconcepto; por este motivo describimos primero el autoconcepto, para después situar el autoconcepto físico entendido como una dimensión del mismo.

1.-EL AUTOCONCEPTO

El autoconcepto es un constructo psicológico. Esto supone un proceso en “construcción” que está en contacto con un entorno y esto supone también que está en constante cambio. Además no es un constructo estanco con un límite claro, sino que está entrelazado con otros constructos.

Desde sus inicios como disciplina científica, hasta nuestros días, la psicología ha prestado atención preferencial al autoconcepto. Sin embargo habría que remontarse a los primeros filósofos de la historia para conocer las raíces del mismo y entender las definiciones y explicaciones psicológicas sobre su naturaleza y formación.

Para tratar la estructura que tiene en la actualidad este constructo vamos a explicar sus orígenes en los inicios de la psicología.

1.1.-Orígenes del autoconcepto.

El autoconcepto no deriva del conjunto de éxitos logrados en la vida; es resultado, más bien, de la fracción entre el éxito percibido y las pretensiones del individuo. Cuando el éxito percibido es igual o mayor que las aspiraciones, la persona ve reforzado su autoconcepto; pero si, por el contrario, las pretensiones sobrepasan los logros obtenidos, el autoconcepto baja. Por lo que, la falta de éxitos en un área, no afectaría al autoconcepto por tratarse de un área poco importante para la persona. (James, 1890).

$$\text{AUTOCONCEPTO} = \frac{\text{Éxito}}{\text{Pretensiones}}$$

El interaccionismo simbólico (Cooley, 1902) es una alternativa a la de James. Esta corriente reclama el estudio de la conducta humana desde el marco del proceso

social, al entender que no es posible un análisis adecuado de lo individual, sin tener en cuenta lo social. Estudia la interacción entre el hombre y la sociedad.

El autoconcepto está formado por múltiples identidades sociales, correspondientes a los diferentes roles que la persona desempeña (hija, madre, hermana, profesional...) por lo que desarrolla diferentes imágenes en función del papel que en cada caso adopta (Mead, 1934).

1.2.-Estructura del autoconcepto.

El autoconcepto, en sus orígenes, tenía una estructura unidimensional. A partir de los años setenta fue adquiriendo un carácter multidimensional aunque no se desechó la concepción unidimensional. Actualmente, el autoconcepto es tratado de forma multidimensional.

A continuación vamos a exponer las diferencias entre estas dos concepciones.

1.2.1.-Concepción unidimensional del autoconcepto.

Las múltiples dimensiones del autoconcepto se encuentran fuertemente dominadas por un factor general, de tal modo que no pueden diferenciarse adecuadamente como partes separadas del mismo (Coopersmith, 1967; Marx y Winne 1978). A consecuencia de esto, cuando se estudia el autoconcepto desde una concepción unidimensional, se utiliza la suma de puntuaciones en las respuestas a todos los ítems de un cuestionario como medida global del autoconcepto.

La Escala de Rosenberg (1965), compuesta por 10 ítems, es uno de los cuestionarios unidimensionales más utilizados. Mide aspectos generales como el grado de satisfacción con uno mismo, los sentimientos de utilidad y el reconocimiento de reunir cualidades propias de una buena persona. El autor del cuestionario diferencia tres procesos en el autoconcepto: cómo el individuo se ve a sí mismo, cómo le gustaría verse y cómo se muestra o desea mostrarse a los otros.

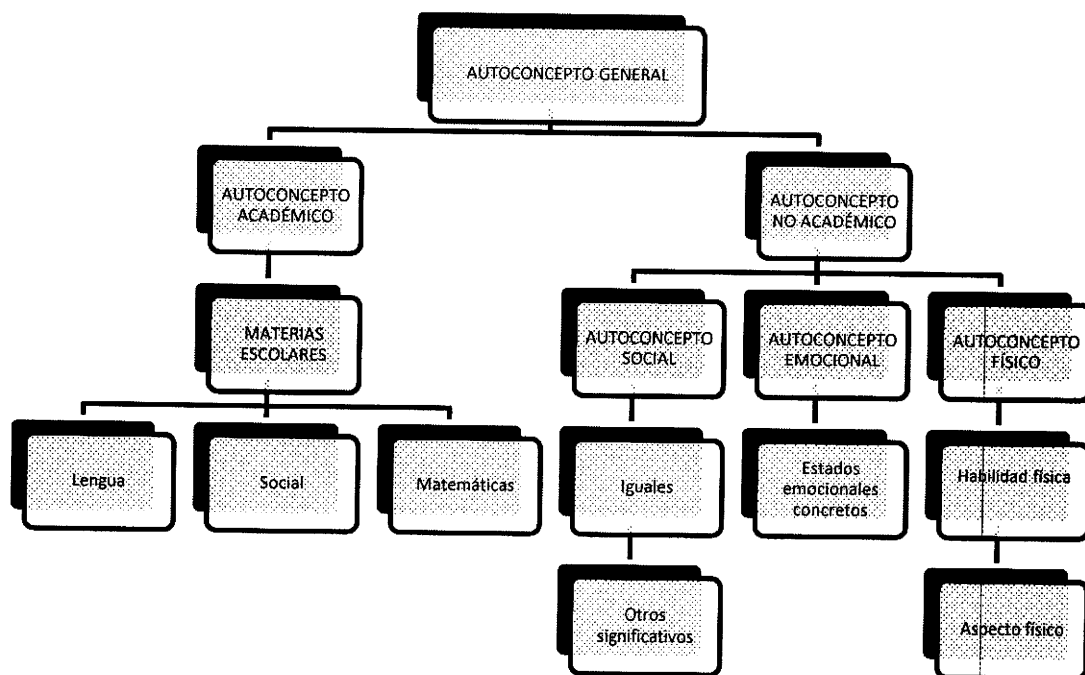
Los cuestionarios unidimensionales han sido objeto de muchas críticas en los últimos tiempos, a partir de numerosos estudios que aportan evidencia empírica sobre la existencia de distintos dominios del autoconcepto (Harter, 1983; Marsh y Shalvenlson, 1985 y Wylie, 1979).

1.2.2.-Modelo multidimensional y jerárquico de Shavelson, Hubner y Stanton (1976).

Estos autores definen el autoconcepto como “La percepción que una persona tiene de sí misma que se forma a partir de las experiencias y relaciones con el medio, donde juegan un importante papel tanto los refuerzos ambientales como otros significativos” (Shavelson et al., 1976, p 411).

Este es el modelo multidimensional más reconocido entre los propuestos a partir de los años setenta. La estructura que se representa en la Figura: 1.1, se basa en el modelo jerárquico de habilidades intelectuales, situándose en la parte superior de la jerarquía el autoconcepto general y en los niveles más inferiores las percepciones mucho más específicas y dependientes de situaciones concretas.

Figura 1.1. Modelo jerárquico de habilidades intelectuales de Shavelson, Hubner y Stanton (1976).



Fuente: Eider Goñi y Arantza Fernández, 2009.

Este modelo defiende ocho características específicas del autoconcepto:

1.-*El autoconcepto está organizado y estructurado.* Con el fin de reducir su complejidad, las experiencias se agrupan en formas más simples o categorías (Bruner, 1958). Se dice, por tanto, que el autoconcepto está organizado y estructurado, en el sentido de que las personas categorizan la información acerca de sí mismas y relacionan dichas categorías entre sí.

2.-*El autoconcepto es multidimensional.* Aunque en diferentes estudios se demuestra el carácter multidimensional, no todos coinciden en el mismo número de dominios que componen el autoconcepto, pero la dimensión académica, social, física y personal son las que generalmente se tienen en cuenta.

3.-*La estructura multifacética es además jerárquica.* El autoconcepto, está organizado de modo jerárquico o piramidal en función de su relevancia y generalidad. La falta de una única estructura jerárquica estándar homologable y aplicable a todos los individuos indiscriminadamente, plantea que la relación entre la autopercepción de cada dominio y la autovaloración global, responde probablemente a una situación individual y específica de cada persona (Harter, 1985).

4.- *El autoconcepto general es estable.* Sin embargo, a medida que se desciende por la jerarquía, el autoconcepto depende en mayor grado de las situaciones específicas y por ello se vuelve más inestable.

5.-*El autoconcepto tiene carácter evolutivo.* Con la edad y la experiencia, se va desarrollando, formando y volviendo más diferenciado.

6.- *Tiene un aspecto descriptivo y otro evaluativo.* La dimensión evaluativa puede variar en importancia de un individuo a otro y en diferentes situaciones. Aun así, no se encuentra evidencia empírica que avale la distinción entre la auto-descripción (autoconcepto) y la auto-evaluación (autoestima).

7.- *Es diferenciable de otros constructos relacionados con él.*

8.-*El autoconcepto es consistente pero al mismo tiempo modificable.* Esto admite varias explicaciones (Sonstroem y Morgan, 1989):

-*El autoconcepto es estable:* se resiste al cambio, puesto que esto supondría la reestructuración de todo el sistema cognitivo (Canfield y Wells, 1976).

-El autoconcepto se puede alterar: El autoconcepto va evolucionando a través de las experiencias en las diferentes situaciones sociales; el sujeto, dependiendo de las situaciones sociales y de cómo sea la interacción con los significativos, tiende a verse de modos diferentes (Gergen, 1984).

-El autoconcepto es estable pero no inmutable. Esta posición es intermedia entre las anteriores. El autoconcepto tiende a mantenerse estable, pero no es una realidad inmóvil e inalterable sino que cambia y se modifica gracias a la experiencia. Uno de los factores que modula la estabilidad del autoconcepto es la edad. A medida que aumenta la edad y se van acumulando experiencias congruentes entre sí, el sujeto se va formando una idea de sí cada vez más estable debido a que es corroborada y retroalimentada por múltiples experiencias interpretadas en el mismo sentido (González y Tourón, 1992).

Para terminar este apartado nos parece preciso definir brevemente el concepto de autoestima ya que en la bibliografía consultada suelen diferenciar ésta del autoconcepto para no dar lugar a confusiones. La autoestima implica un componente evaluador, por tanto consiste en una serie de reflexiones sobre el *self* ya que hace un juicio basado en el autoconocimiento (Baumeister, 1998).

2.- AUTOCONCEPTO FÍSICO

En el primer apartado de este capítulo hemos realizado un amplio recorrido por el término autoconcepto para poder situar el autoconcepto físico, que es un constructo más específico y, como he explicado anteriormente, es una de las dimensiones del autoconcepto global.

El autoconcepto físico no es un nuevo constructo psicológico, sino que se trata de una dimensión muy útil, puesto que se vincula a múltiples variables relacionadas con la práctica de la actividad física y el deporte. Algunas de las variables que podemos destacar son: el Índice de Masa Corporal (IMC), el riesgo de padecer trastornos de la alimentación, ser físicamente activo y la continuidad en la actividad física, así como el bienestar psicológico, estas variables vamos a tratarlas detenidamente en los siguientes párrafos.

“Se entiende autoconcepto físico, como el conjunto de percepciones de las capacidades y atributos físicos propios, que varía a lo largo del desarrollo evolutivo de manera diferente para cada uno de los dos géneros, y la frecuencia de actividad deportiva o el índice de masa corporal” (Goñi, Rodríguez y Ruiz de Azúa, 2004). Esta es una definición de autoconcepto muy particular que se centra en variables relacionadas con la salud además de hacer referencia a la diferencia entre géneros y por ello me ha parecido oportuno incluirla.

En este trabajo vamos a tratar el autoconcepto global y su dimensión física, debido a que se ha observado que la relación del Índice de Masa Corporal (IMC) y el autoconcepto físico es muy precisa: las personas más delgadas son las que ofrecen la percepción física más positiva, mientras que las personas con sobrepeso manifiestan peor autoconcepto físico que las de peso normal y que las de peso bajo (Fox y Corbin 1989). También se han verificado asociaciones directas entre puntuaciones altas en autoconcepto físico e índices de mayor bienestar psicológico (Balaguer, 2002).

2.1.- Autoconcepto físico y práctica de actividad física y deporte.

En la revisión bibliográfica hemos encontrado que en nuestro país se encuentra un equipo de investigadores que se dedican muy concretamente a la investigación sobre autoconcepto físico en relación con la actividad física, el IMC y trastornos de la alimentación, en diferentes poblaciones.

Las pautas evolutivas que experimenta el autoconcepto físico aún no se conocen, sin embargo los datos sobre diferencias en el autoconcepto físico asociadas al género se repiten: las chicas mantienen, durante la preadolescencia, percepciones inferiores a las de los chicos en todas las dimensiones, lo cual posiblemente no sea más que un reflejo fiel de la presión social, mucho más exigente en este sentido sobre la mujer que sobre el hombre (Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez, 2004).

Otra dirección por donde seguir investigando es la de identificar las eventuales relaciones del autoconcepto físico con variables psicológicas tales como las habilidades sociales (Gismero, 2001), con experiencias de socialización o con hábitos de vida como la práctica deportiva (Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez, 2004).

También se ha establecido una clara relación entre un bajo autoconcepto físico y el riesgo de padecer trastornos en la alimentación, con lo que la utilización del primer índice, un pobre autoconcepto físico, sirve de alerta para diagnosticar trastornos de conducta alimentaria (Goñi y Rodríguez, 2004).

A partir de estos datos surge nuestro interés como profesionales de las ciencias del deporte, orientada a la actividad física y salud. Hemos considerado muy interesante centrar este trabajo en el estudio del autoconcepto físico por tratarse de una dimensión con un elevado valor explicativo respecto a muchas características vinculadas con la participación y el abandono de la práctica de actividad física así como de otras características vinculadas a la salud.

3.- CALIDAD DE VIDA, VIDA SALUDABLE Y HÁBITOS DE VIDA.

Los conceptos “calidad de vida”, “vida saludable” y “hábitos de vida”, han empezado a tener relevancia en la medicina a partir de la segunda mitad del siglo XX. Hasta ese momento para la medicina sólo tenía importancia la eficacia de los fármacos para modificar enfermedades y la seguridad entendida como prevención de enfermedades adversas.

A partir de ese momento se aceptó el concepto de que el desarrollo adecuado de las personas y de los países viene determinado por el proceso económico traducido en la mejora de las condiciones materiales de subsistencia, en la posibilidad de adquisición de bienes, en el acceso a la educación, la salud, la vivienda, el ocio, el trabajo y el desarrollo personal.

A continuación vamos a citar la definición de calidad de vida por varios autores y podremos ver como existe un acuerdo general respecto a que la calidad de vida es un fenómeno complejo y un concepto multidimensional.

La calidad de vida es la percepción de un individuo respecto a su propia posición en la vida, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en el que vive, teniendo en cuenta sus metas, sus expectativas, sus modelos y sus preocupaciones. Los especialistas aceptan que la calidad de vida está influida por su interacción con la salud, estado mental, relaciones del individuo y elementos del entorno o ambiente, (OMS, 1994).

El término calidad de vida, es un término que se refiere a la adecuación de las circunstancias de la vida de un individuo, de un grupo de individuos o de una población. Es un concepto complejo y considera numerosos factores sociales y físicos, así como de aspectos de salud y del autoconcepto de las personas (Birren y Dieckman, 1991).

La calidad de vida es la adecuación de las circunstancias materiales y de los sentimientos de las personas respecto a dichas circunstancias (Mc Dowell y Newell, 1987).

Calidad de vida relacionada con la salud, se define de forma práctica como un estado que capacita a la persona física, psicológica y socialmente para sus funciones o necesidades en la vida real en diferentes entornos: laboral-estudiantil, doméstico y recreativo. Por lo tanto, la salud está vinculada con la independencia para poder desenvolverse en el medio habitual de una persona, y la pérdida parcial o total de esta capacidad de autonomía se asocia a la dependencia o necesidad de ayuda por parte de otra persona. Entre los componentes de la calidad de vida relacionada con la salud, destacan los niveles o capacidades de movilidad, autocuidado (peinarse, vestirse, etc.), actividades de la vida diaria, dolor o malestar y ansiedad o depresión (Gusi, Prieto y Madruga, 2006). Esta definición de calidad de vida sobre todo se refiere a poblaciones mayores donde el envejecimiento es la principal causa de la pérdida de calidad de vida e incluso personas con elevada discapacidad, las cuales tengan su vida condicionada y no tengan suficiente autonomía.

Por estilo de vida saludable se entiende el patrón de comportamientos relativamente estable de los individuos o grupos que guardan una estrecha relación con la salud (Nutbeam, Aaro y Catford, 1989).

Entendemos que la calidad de vida y el estilo de vida saludable se mantienen en el tiempo generando unos hábitos de vida que permanecen; las conductas puntuales no entran dentro de estos conceptos.

Los hábitos de vida son definidos como un conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona (Henderson, Hall y Lipton, 1980).

En la actualidad los hábitos de vida de la población, especialmente en países desarrollados, han experimentado cambios significativos que, a largo plazo, pueden

asociarse a una serie de riesgos para la salud. Los numerosos avances tecnológicos han permitido realizar tareas y trabajos con menor esfuerzo y carga física: han disminuido los juegos populares y tradicionales sustituyéndolos por horas de videoconsola y televisión. A todos estos factores hemos de añadir los cambios en la dieta (comidas rápidas, precocinado...), contaminación ambiental, estilos de vida sometidos a estrés, etc. Estas circunstancias nos conducen a una situación en la que predomina la inactividad, hecho que se puede asociar a muchos problemas de salud, además de afectar a la percepción de salud que cada individuo tenga de sí y por tanto disminuir su percepción de bienestar, autoconcepto o calidad de vida. Paradójicamente, el alto nivel alcanzado en los países desarrollados, muchas veces acorta la esperanza de vida y deteriora la calidad de vida.

Varios estudios que comentaremos más adelante (Umberson y Hughes 1987; Brown, Welsh, Labbe, Vittulli Y Kuldarni, 1992; Lackman, Hunet, Hilyer y Harrison, 1988; Marsh y Peart, 1988) han indicado mejoras en la percepción de condición física de los sujetos así como del autoconcepto global en todos los grupos que han realizado una práctica físico deportiva regular y programada y todos ellos pueden concluir que la práctica físico deportiva genera beneficios sobre el bienestar físico y psicológico de los participantes.

La actividad física puede considerarse como una herramienta indispensable para la prevención de aquellos factores o hábitos de vida que favorecen la aparición de enfermedades y en muchos casos tratamiento de los problemas de salud, que como antes hemos mencionado, causan muchas muertes en países desarrollados y disminuyen en gran medida la calidad de vida de las personas.

4.-GÉNERO.

La incorporación de las mujeres al ámbito deportivo ha resultado lenta y difícil a lo largo de la historia, observándose que su posición ha ido evolucionando a medida que ha ido cambiando su rol y entorno social (Buñuel, 1992, 1994; Puig, 2001; Vázquez, 2002). Si atendemos a las dos formas dominantes de hacer deporte, deporte de competición y deporte de tiempo libre, la incorporación de las mujeres ha encontrado obstáculos diferentes en cada uno de ellos (Vázquez, 2002).

Por otra parte, la aparición del modelo de “Deporte para Todos” a partir de los años setenta, que da entrada a otras formas de hacer deporte distintas a las convencionales del deporte competitivo y que atrae a grandes masas de población, sobre todo en países desarrollados instalados en el estado de bienestar y que en principio podía ser un campo de fácil acceso para las mujeres, tampoco dio frutos inmediatos (Vázquez, 2002). Las causas de este retraso hay que buscarlas en la persistente identificación entre deporte y masculinidad y en la propia vinculación de esta forma de hacer deporte con el tiempo libre (Hargreaves, 1993). Para esta autora dicha vinculación ha puesto de manifiesto otros problemas de las mujeres derivados de las concepciones dominantes sobre el ocio y el trabajo. Es bien sabido que el trabajo socialmente valorado es el trabajo productivo, en cambio el no remunerado, que era el dominante entre las mujeres, las ha privado también de ese derecho al ocio del que legítimamente podían disfrutar los varones.

El género junto a la edad, son los factores que más discriminan en la práctica deportiva con gran diferencia sobre otros factores (García Ferrando, 2002; Mosquera y Puig, 2002 y Vázquez, 2002). Además existen también diferencias en el tipo de actividad física o deporte practicado, en su frecuencia e intensidad, en su forma de asociarse, en sus motivaciones y expectativas por lo que puede afirmarse que en relación con la práctica de actividades físico-deportivas, las mujeres mantienen hábitos deportivos diferentes a los de los hombres (Martínez, Vázquez, Graupera, Jiménez-Beatty, Alfaro, Hernández y Avelino 2005).

En la realización de las tareas domésticas en el hogar se ha avanzado hacia la igualdad, pero todavía dos de cada tres mujeres realizan todas o la mayoría de dichas tareas, especialmente a medida que se desciende en la posición social o se incrementa la edad. También se han registrado avances en el acceso a la formación universitaria o profesional en gran parte de las mujeres. Estas transformaciones junto a otros factores han propiciado a su vez cambios como el descenso observado en la natalidad y el retraso en la edad de procrear, estrechamente relacionados con la edad de las mujeres y su incorporación al mundo laboral.

Esto supone que la transformación en un gran número de casos del estereotipo femenino tradicional, vinculado exclusivamente al papel reproductor y doméstico, haya

dado paso a la existencia, entre otros, de tres tipos o segmentos de mujeres con opciones, proyectos de vida, estilos y condiciones de vida cotidiana, fuertemente diferenciados según sea su situación ocupacional (Martínez, Vázquez, Graupera, Jiménez-Beatty, Alfaro, Hernández y Avelino 2005):

- Mujeres centradas en su familia y hogar (mujeres cuyas ocupaciones se circunscriben al hogar y mujeres que además del hogar atienden a hijos y/u otros familiares mayores).

- Mujeres centradas en su empleo y profesión, que no realizan apenas tareas domésticas o de cuidado de hijos u otros familiares.

- Mujeres que pugnan por conciliar vida familiar y profesional (mujeres que además de desempeñar un empleo remunerado, se ocupaban también del hogar y en numerosas ocasiones también de atender hijos y/o familiares), en detrimento de su tiempo de ocio.

La preocupación por la imagen corporal no atañe únicamente a las mujeres; muchos hombres se encuentran a disgusto y preocupados por su aspecto físico, habiéndose triplicado su número en los últimos 25 años (Pope, Philips y Olivardia, 2000). En cuanto a las diferencias por género, si bien el TDC (Trastorno Dismórfico Corporal) presenta características clínicas muy similares en hombres y mujeres, se observan ciertas diferencias probablemente derivadas de los valores culturales y sociales que afectan del mismo modo a la población general. Los hombres realizan evaluaciones asociadas con la fortaleza del cuerpo (pecho, espalda, bíceps y fuerza muscular), mientras que las mujeres manifiestan preocupaciones con el peso (satisfacción con la figura, pecho, peso...). Estos resultados permiten concluir que existe un doble estándar corporal en función del género, lo que hace que la vigorexia predomine en los varones y que la prevalencia de los TCA (Trastornos de Conducta Alimentaria) entre los hombres sea aproximadamente una décima parte de la de las mujeres; es decir más del 90 por 100 de los casos se observan en mujeres (APA, 2003).

5.-ACTIVIDAD FÍSICO DEPORTIVA, EJERCICIO FÍSICO Y DEPORTE.

Como ya hemos dicho, el sedentarismo genera preocupación social por las consecuencias negativas que derivan para la salud, tanto física como psicológica. Este motivo lleva a algunas personas a plantearse realizar actividad física de forma estructurada o no, e incluirla como un hábito en el estilo de vida.

Recientemente, la promoción de la práctica físico-deportiva y del ejercicio se ha convertido en objetivo estrella para los departamentos de salud pública. Suele hablarse de actividad física, ejercicio físico y deporte de manera indiferente; sin embargo es imprescindible establecer con precisión el sentido y significado de estos términos.

Por actividad física se entiende el movimiento corporal de cualquier tipo producido por la contracción muscular y que conduce a un incremento del gasto energético de la persona (Cáspersen, Powell y Christenson, 1985), pudiendo diferenciarse tres principales tipos de actividad física según el contexto y la forma: la actividad física cotidiana, el ejercicio físico y el deporte.

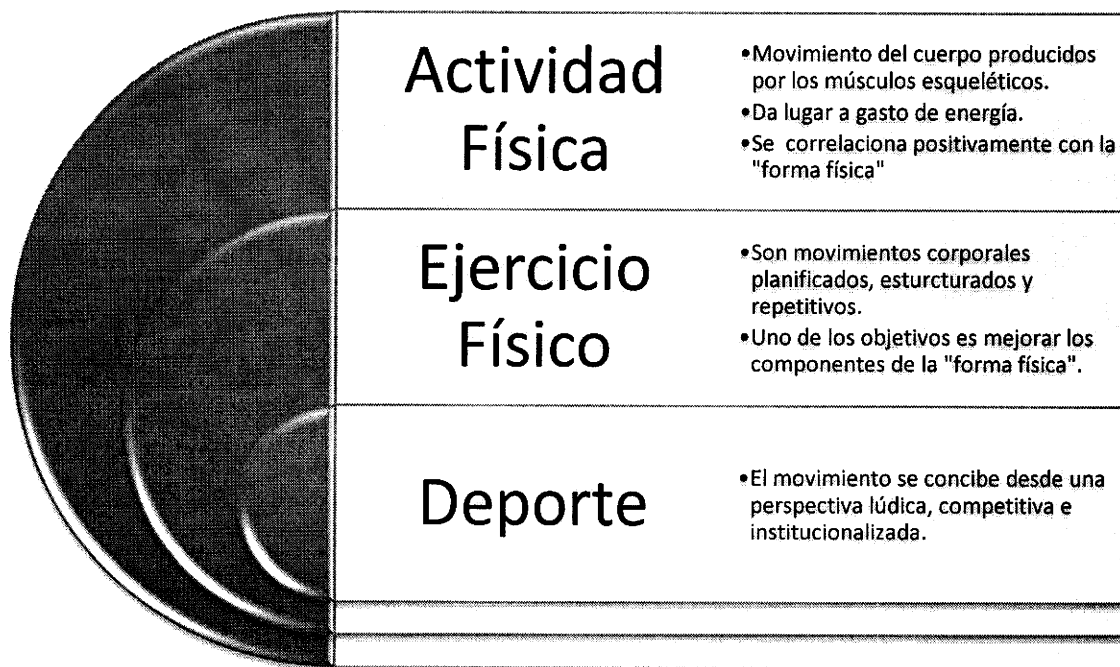
La actividad física cotidiana engloba ejercicios de naturaleza muy diversa realizados en diversos ámbitos tales como las tareas físicas vinculadas al trabajo, a las faenas domésticas o los desplazamientos realizados en la vida habitual (Bouchard, Shephar, Stephens, Sutton y Mc Pherson, 1990).

El ejercicio físico es una forma de actividad física de tiempo libre (no ocupacional), con objetivos externos y específicos como mejorar la salud, la ejecución física o ponerse en forma (Caspersen, Powell y Christenson, 1985). En este tipo de actividad, los participantes reciben orientación por parte de un especialista en actividad física, sobre la forma de ejecución, la intensidad o la frecuencia de duración de las actividades, aunque puede darse el caso de que, tras el debido aprendizaje, la práctica se desarrolle de manera autónoma.

En el lenguaje ordinario se otorga al término deporte numerosos significados. A veces se incluye el término actividad física en la definición de deporte: “actividad física e intelectual humana de naturaleza competitiva y gobernada por reglas institucionalizadas”. En otros casos (Parlebás, 1981) “entiende el deporte como una situación motriz de competición, reglada e institucionalizada”. Hay que añadir también

su carácter lúdico: “situación motriz lúdica de competición reglada e institucionalizada” (Hernández, 1994).

Figura 5.1. Relación de términos.



Fuente: Adaptado de Salleras y Serra (1991).

Recientemente, se han determinado algunos beneficios de la actividad física en psicología, ya que hasta finales de los años setenta no se inicia en el desarrollo de la psicología del ejercicio por razones diversas, entre las que también se cita el profundo dualismo entre cuerpo y alma transmitido por la cultura judeocristiana. No obstante, los altos costes sanitarios que conlleva la falta de ejercicio, los cambios de estilo de vida en la sociedad actual y al aumento de tiempo del ocio disponible han contribuido a su reciente expansión.

En los últimos veinte años, las atribuciones que se realizaban al ejercicio físico y a otras formas de actividad física han ido modificándose, ya que, ciertamente, el ejercicio no está relacionado únicamente con el bienestar físico sino que juega un papel importante en la salud mental integral.

Actualmente, se cuenta ya con muchas investigaciones sobre la relación entre la actividad física y la salud mental que se han centrado en aspectos como la ansiedad, la

depresión y el bienestar psicológico (Folkins y Sime, 1981). Sintetizando información contrastada, puede afirmarse (Zulaika, 2006) que la actividad física:

- Mejora la calidad de vida y bienestar psicológico.
- Aumenta el estado de ánimo.
- Mejora el autoconcepto.
- Contribuye a lograr una salud mental adecuada.
- Facilita el hacer frente a los agentes causantes de estrés.
- Posibilita reducir la ansiedad.
- Alivia los estados de depresión.
- Ayuda a desarrollar la inteligencia.

Sería de gran interés poder establecer con precisión cuáles son los niveles óptimos de actividad física requeridos para conseguir tales beneficios.

➤ **Capítulo 2: Situación actual.**

A continuación vamos a exponer los estudios que hemos encontrado más relevantes que relacionan autoconcepto físico y las variables similares a las que utilizamos en nuestro estudio. En el primer apartado vamos mostrar estudios sobre autoconcepto físico que tratan los hábitos saludables, género y/o la edad.

Las relaciones entre el autoconcepto físico y el ejercicio han sido muy estudiadas desde hace varias décadas. Todos los estudios confirman la existencia de relaciones significativas entre ambos pero éstas son en algunos casos de signo positivo y en otros de índole negativa. En el segundo apartado de este capítulo se exponen los resultados de diferentes estudios que tratan el autoconcepto físico en relación a las características de la práctica deportiva.

1.-ESTUDIOS QUE RELACIONAN EL AUTOCONCEPTO FÍSICO CON HÁBITOS SALUDABLES, GÉNERO Y EDAD.

Se puede esperar que existan relaciones entre el autoconcepto físico y los hábitos de vida saludable, pero se trata de una temática apenas abordada hasta ahora.

Existe un estudio en el que participaron 1093 sujetos cuyo rango de edad variaba entre 10 y 72 años, los cuales se repartían homogéneamente en función del género, siendo 558 hombres y 535 mujeres. Para esta investigación se seleccionaron algunos de los hábitos de vida saludables, como consumo de alcohol o tabaco, tipo de alimentación, horas dedicadas a dormir, percepción subjetiva de salud y la relación altura/peso. En ésta investigación los resultados más relevantes se obtuvieron para el IMC donde los sujetos más delgados poseían un autoconcepto físico más positivo en todas sus dimensiones, salvo en fuerza, donde eran los sujetos con sobrepeso quienes ofrecen las puntuaciones más altas, siendo éstos quienes manifiestan, en general, un autoconcepto físico más negativo, tanto en las dimensiones de habilidad, condición y atractivo como en la de autoconcepto físico general (Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez, 2006).

El autoconcepto general no ha mostrado diferencias significativas en función del IMC, dato lógico teniendo en cuenta que en la valoración global del yo inciden otros factores además del físico (Fox y Corbin, 1989).

En el estudio “Diferencias en el autoconcepto físico asociadas a la edad y género” llevado a cabo por Ruiz de Azúa, Goñi y Madariaga en el presente año 2009, se obtuvieron los siguientes resultados:

- En las escalas de habilidad física y condición física, las niñas de menor edad (10 a 13 años edad) son las que mejor se perciben.

- En la escala de atractivo las mujeres que están en la adolescencia son las que menos atractivas se consideran.

- Las niñas de entre 10 y 13 años se consideran más fuertes que las de 14 y 23.

- El grupo que obtiene puntuaciones significativamente superiores con respecto a todos los demás grupos en la escala de autoconcepto físico general es el de menor edad.

- Con respecto al autoconcepto general, las diferencias se producen entre el grupo de adolescentes (14 a 17 años) y el resto de los grupos, siendo el de las adolescentes menor que el del resto de los grupos.

-En las escalas de condición, atractivo y autoconcepto físico general las puntuaciones de las mujeres adultas son más altas que las obtenidas en edades inferiores.

El estudio con mujeres reveló diferencias asociadas con la edad en todas las escalas, excepto en fuerza y en autoconcepto general. Disminuyendo con la edad la autopercepción en cuanto a habilidad física y condición física. En cambio aumenta con la edad la autopercepción de atractivo físico. En hombres, las diferencias asociadas a la edad sólo aparecen en las escalas de habilidad física y de condición física, donde son los adolescentes (14-17 años) quienes mejores puntuaciones ofrecen. Con esto se manifiesta que el autoconcepto físico de las mujeres experimenta fluctuaciones mayores que el de los hombres a lo largo del ciclo vital.

No siempre existe plena coincidencia entre los datos obtenidos en distintos estudios sobre las diferencias entre el autoconcepto de los hombres y el de las mujeres en la etapa que va desde la primera adolescencia hasta la juventud.

La evolución del autoconcepto físico durante la adolescencia y la primera edad adulta no identifican pautas claras, apuntan una recuperación del autoconcepto en la adolescencia tardía (Marsh, 1989).

Aparece un descenso con la edad en las dimensiones de habilidad física y de condición física, en tanto que no se observa una evolución estadísticamente significativa en las escalas de atractivo físico y de fuerza. La escala de autoconcepto físico general, sufre un moderado descenso hasta los 24 años, mientras que el autoconcepto general recupera las puntuaciones en el grupo de jóvenes frente al de los adolescentes (Goñi, Rodríguez y Ruíz de Azúa 2004).

No se encuentran diferencias significativas entre los grupos de edad, pero esto si puede indicar tan sólo que la evolución del autoconcepto físico no es apreciable cuando se eligen muestras de edades poco diferenciadas (Asçi, 2002).

Hemos encontrado tres trabajos realizados en Canadá que establecen diferencias significativas entre sexos. Con una muestra de estudiantes se establecieron diferencias de género en la correlación entre autoconcepto físico y tipo de actividad física (Hayes, Crocker y Kowalsky, 1999). En una población de 10 a 14 años, los chicos obtienen

mejores puntuaciones en autoconcepto físico y en competencia física que las chicas (Crocker, Eklund y Kowalski, 2000). Con una muestra más amplia y con una población de entre 8 y 12 años, vuelve a repetirse el resultado anterior, sin embargo en atractivo físico las chicas puntúan más que los chicos (Welk y Eklund, 2005).

Estos resultados indican que el autoconcepto físico desciende en la adolescencia, tendiendo a recuperarse en la juventud y edad adulta; pero no todos los estudios muestran cambios a lo largo del desarrollo evolutivo. La mayor parte de estas investigaciones han analizado las diferencias que podrían encontrarse en función de la edad, sin tener en cuenta el género de los sujetos, lo cual conlleva una evidente limitación ya que, como se ha expuesto, la evolución del autoconcepto físico de los hombres y el de las mujeres no responde a las mismas pautas.

2.- ESTUDIOS QUE RELACIONAN EL AUTOCONCEPTO FÍSICO EN FUNCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL EJERCICIO FÍSICO.

Son numerosos los estudios en los que se relaciona la práctica deportiva con buenas autopercepciones del yo físico. Aunque como habíamos adelantado, no todos los resultados obtenidos son relaciones positivas.

Varios estudios realizados con poblaciones de distintas características revelan la diferencia en algunas dimensiones del autoconcepto físico o en todas ellas cuando se compara a personas practicantes de ejercicio físico y sedentarias. Siendo las personas activas las que muestran mejores puntuaciones (Fox, 1988; Daley, 2002; Lindwall y Hass, 2004; Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez, 2004; Esnaola, 2005; Caglar y Asçi, 2006 y Moreno, Cervelló y Moreno 2008).

Estos estudios demuestran que trabajando el físico mejoramos la percepción que tenemos de él, algo que parece muy obvio pero que sin embargo como vamos a ver en los siguientes párrafos, no siempre es así. El tipo de actividad física, la frecuencia y la intensidad con la que se lleve a cabo va a determinar si la relación con la autopercepción física es positiva o negativa.

Existen diversos estudios que relacionan el autoconcepto físico con la práctica deportiva aunque las características de esta sean muy diferentes. Pero no hemos encontrado ninguna investigación que determine las condiciones óptimas de la misma

para que los resultados de esta relación sean positivos de la forma más eficaz. Conocer esto supondría una gran ventaja pero el carácter tan amplio de la actividad física junto con la diversidad de las características personales hace que resulte muy difícil establecer un patrón efectivo. Por este motivo, como veremos a continuación, no en todos los trabajos la relación entre el ejercicio físico y autoconcepto es positiva.

2.1.- Estudios que relacionan la práctica deportiva con el autoconcepto físico de forma negativa.

Los estudios que presentamos a continuación ponen de manifiesto que no siempre existe una relación positiva entre autopercepción física y realizar ejercicio físico. Incluso algunos estudios encontrados destacan que las mejoras de la práctica de ejercicio físico en autopercepción física no se deben a los cambios fisiológicos producidos por él mismo:

No se establecieron diferencias intergrupales en las autopercepciones físicas cuando se hizo una intervención de 10 semanas de entrenamiento físico y actividades no relacionadas con la condición física (Caruso y Gill, 1992).

En una intervención de 6 meses en la que existe un grupo experimental que realiza ejercicio aeróbico y otro grupo control en el que se le realiza actividades de relajación, las mejoras fueron similares en ambos grupos (Alfermann y Stoll, 2000).

Una intervención de 10 semanas con un grupo control sedentario y un grupo experimental que realiza ejercicio aeróbico, ambos obtuvieron mejoras en la condición física y autoconcepto físico (Taylor y Fox, 2005).

Otro de ellos estudia los cambios fisiológicos producidos por la actividad física y las autopercepciones físicas revelando que no están relacionados, siendo las variables psicosociales las que tienen más importancia en esta relación, este estudio se realizó en Suecia con 110 chicas sedentarias de 13 y 20 años utilizando en IMC y el consumo máximo de oxígeno (VO^2 máx.) como indicadores de las mejoras fisiológicas para establecer una relación con el Physical Self Concept Profile (Lindwall y Lindgren, 2005).

Los adolescentes que participaban en clases de baile percibían las dimensiones de habilidad y atractivo como más negativas que las personas que no practican deporte (Bakker, 1988).

2.2.- Estudios que relacionan el tipo de práctica deportiva con la autopercepción física.

Después de ver que los cambios fisiológicos propios de la actividad física no son los que establecen mejoras en las autopercepciones, encontramos estudios que miden las autopercepciones en mujeres que practican actividades físicas dirigidas (aeróbic, step, gimnasia de mantenimiento...):

El primer estudio revela que el aeróbic se asocia a autoevaluaciones positivas de la condición física pero negativos acerca del atractivo físico (Sonstroem, Harlow y Josephs, 1994).

No se encuentran diferencias significativas después de ocho semanas de intervención en un grupo que practicaba step y aeróbic (Asçi, Aise y Kosar, 1998).

En otro estudio realizado con chicas adolescentes, aparece como mejor deporte la natación (obteniendo las mayores puntuaciones en las escalas de atractivo físico, autoconcepto físico general y autoconcepto general) y como peor el aeróbic (Esnaola, 2005); esto pudiera deberse a que el aeróbic es una actividad que puede tener efectos altamente beneficiosos para la salud, pero si su práctica se orienta única y exclusivamente hacia el culto a la imagen corporal, y deriva de una preocupación excesiva por el peso, puede no proporcionar los beneficios deseados y hasta contribuye a la aparición de trastornos alimentarios (Dosil y Díaz, 2002).

En contraposición a esto, si consideramos que las actividades de las que hablamos en el párrafo anterior (actividades dirigidas), son de tipo aeróbico, vemos que algunos autores han investigado sobre los beneficios que aporta el ejercicio físico aeróbico:

Brown, Welsh, Labbe, Vittulli Y Kuldarni, (1992); Marsh y Peart, (1988) han comprobado también los efectos beneficiosos de la ejercitación aeróbica y Blackman, Hunet, Hilyer y Harrison, (1988) de la danza sobre algunas dimensiones del autoconcepto físico general. Burgess, Grogan y Burwitz (2006) desarrollaron una

intervención con chicas británicas de entre 13 y 14 años que presentaban bajas autopercepciones físicas y autoconcepto físico e informaron de diferencias significativas entre autoconcepto físico y atractivo físico después de 6 semanas de ejercicio aeróbico.

Aún así, también otros tipo de ejercicios también han demostrado sus beneficios:

En una intervención de 6 meses con dos grupos, uno con ejercicios aeróbicos y otro con ejercicios de tonificación, se encuentra que los dos modos de intervención mejoran la autoestima (Mc Auley, Blissmer, Katula, Duncan y Mihalko, 2000).

Mientras que una intervención de 8 semanas en las que un grupo caminaba y otro grupo caminaba y se le aplicaba electroestimulación comparado con un grupo control, se obtuvieron mejoras significativas en autopercepción (Anderson, Murphy, Murtagh y Nevill, 2006).

Además se ha comprobado (Ruiz de Azúa, Goñi, Rodríguez y Fernández, 2005) que quienes practican deportes de equipo muestran puntuaciones superiores en prácticamente todas las escalas del CAF que los que practican de manera individual; y esto sucede en personas de ambos sexos.

2.3.-Estudios que relacionan la frecuencia, duración e intensidad de la práctica deportiva y con el autoconcepto físico.

Los resultados obtenidos en las puntuaciones en autoconcepto físico en función de la frecuencia de práctica deportiva confirman que cuanto más a menudo se realice actividad física, mejores índices se obtienen tanto en el autoconcepto físico como en el autoconcepto general (Ruiz de Azúa, Rodríguez y Goñi, 2005; Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez, 2006; Infante, Rodríguez, Fernández y Goñi, 2007 e Infante y Zulaika, 2009).

Es preciso destacar que la autopercepción del atractivo físico en distintos estudios (Kowalski, Crocker, Kowalski, 2001; Hayes, Crocker y Kowalski, 1999; Fox y Corbin, 1989), no siempre correlaciona con la practica de actividad física. Desde la teoría de la competencia (Harter, 1978 y 1985) se postula que los individuos buscan actividades que ofrezcan la posibilidad de demostrar competencia en la ejecución de las mismas; luego los incrementos en las autopercepciones físicas deberían relacionarse con

una práctica más asidua de actividades físicas, pero por lo que hasta ahora se sabe, no es preciso un incremento en todas las dimensiones del autoconcepto físico.

La duración de la actividad física, según otro estudio (Lindwall y Hasmenn, 2004) mantiene relación directa con las autopercepciones físicas.

Considerando el MET (cantidad de oxígeno que se gasta durante la actividad física, en reposo 3'5 ml al minuto por kilogramo que se considera 1 MET) como parámetro para medir la intensidad de acuerdo con sus necesidades de oxígeno, esta medida junto con la frecuencia y duración semanal, ofrecen un valor global fiable de la actividad física realizada. Tomando como referencia este tipo de medida, puede clasificarse a los participantes en actividades físicas en dos grupos: de alta y baja actividad física. Y los datos obtenidos (Caglar y Asçi, 2006) confirman la relación entre las dimensiones del autoconcepto físico e incluso del autoconcepto físico global con la actividad física: los participantes de alta actividad física ofrecen puntuaciones superiores a los de actividad física baja.

Encontramos también dos estudios que vinculan las autopercepciones y la continuidad o cambios en la actividad física:

En un estudio de 336 chicas de entre 15 y 16 años se estableció que la autopercepción de condición física es la única predictora de los cambios que se producen en la actividad física (Crocker, Sabiston, Forrester, Kowalski, Kowalsky, y McDonough 2003).

Tres años después, en una muestra de 501 chicas de entre 14 y 15 años se obtuvo que el autoconcepto físico juega un papel importante en la adopción y mantenimiento de la actividad física (Crocker, 2006).

Después de haber realizado un repaso por los estudios encontrados en este tema y ver los diferentes resultados obtenidos, podemos deducir que no todo tipo de actividad física se correlaciona de forma positiva con el autoconcepto. Pero también la intensidad, duración y frecuencia, van a condicionar esta relación.

Hasta aquí hemos expuesto los resultados de estudios previos que, con algunas excepciones, parecen indicar que existen diferentes variables propias del sujeto y de sus hábitos que condicionan el autoconcepto físico. Algunas de ellas son la edad, el IMC, las diversas características del ejercicio físico que se practica.

En nuestro estudio, centraremos nuestra atención en la edad adulta porque es donde los hábitos saludables y de ocio se comienzan a consolidar o están ya consolidados. Esto hace que sean más sostenidos en el tiempo los resultados que obtenemos pudiendo localizar las conductas no favorables. Este estudio se desarrolla con mujeres porque la bibliografía consultada (Hayes, Crocker y Kowalsiky, 1999; Crocker, Eklund y Kowalski, 2000; Welk y Eklund, 2005) advierte que las diferencias son significativas en las puntuaciones de autoconcepto físico en comparación a los varones, siendo inferior el autoconcepto de la mujer.

2ª PARTE: DESARROLLO EMPÍRICO

➤ Capítulo 1: Justificación del estudio.

La relación entre la actividad física deportiva y el autoconcepto físico se ha venido investigando desde hace unos años hasta ahora, sobre todo, en la adolescencia y la juventud; en cambio, en la edad adulta existen menos estudios, cuando quizá la actividad física decrece.

Hemos decidido trabajar con mujeres porque diversos estudios confirman que es menor el autoconcepto físico en mujeres que en varones, así como la participación en actividades físico deportivas.

La primera etapa de la edad adulta de las mujeres, caracterizada por las tareas relacionadas con la formación e inserción en el mundo laboral, es el momento más propicio para la consolidación de hábitos de ocio activo. En una segunda etapa, las tareas del desarrollo se encaminan a la consolidación del lugar en el mercado laboral, la creación de una familia, la maternidad, etc. La sobrecarga de funciones y responsabilidades atribuidas a la mujer en esta etapa, hace que con mucha probabilidad quede poco tiempo para el desarrollo de actividades que excedan las relacionadas con el ámbito laboral y familiar. Por último, uno de los temas que más han preocupado a la psicología de la actividad física y el deporte es cómo implicar a las personas mayores en programas de actividad física y mantener sus niveles de adherencia y participación a lo largo del tiempo.

Podría pensarse que la información sobre la amplitud y relevancia de los beneficios que reporta la actividad física está difundida entre la población y que estimula dicha actividad, sin embargo la realidad es otra y el número de personas sedentarias sigue siendo mayor que el de las personas activas.

El autoconcepto físico resulta ser un buen indicador de salud mental y calidad de vida (Goñi, 2008), aunque sólo muy recientemente se le ha empezado a prestar la atención que se merece, seguramente por haber carecido de un marco teórico sólido sobre el que sustentar la elaboración de medidas fiables y consistentes.

El autoconcepto físico es un componente del autoconcepto general como hemos explicado en capítulos anteriores. Este constructo psicológico además de indicar las

autopercepciones físicas en las distintas competencias, (habilidad, atractivo físico, condición física y fuerza) está relacionado con distintas variables relacionadas con la salud como el IMC, el riesgo de padecer trastornos de la alimentación, ser físicamente activo y la continuidad en la actividad física, así como el bienestar psicológico.

Por estas razones creemos importante investigar en el autoconcepto físico con relación a la actividad físico deportiva en mujeres para estudiar las variables en las cuales se pueda incidir.

➤ **Capítulo 2: Objetivos.**

El principal propósito de este trabajo ha sido explorar las relaciones que existen entre la práctica de la actividad física y otros hábitos relacionados con el cuidado de la salud y el autoconcepto físico en mujeres adultas. Siendo el resto de objetivos más concretos:

- Evaluar el autoconcepto físico en mujeres adultas físicamente activas.
- Establecer las posibles relaciones entre las variables sociales y demográficas con elementos conductuales y propios del estilo de vida y la calidad de vida.
- Establecer las posibles relaciones que existen entre el tiempo dedicado a la actividad física, los hábitos de vida saludable y las distintas dimensiones del autoconcepto evaluadas.

➤ **Capítulo 3: Hipótesis.**

En este trabajo nos proponemos establecer diferencias en las dimensiones del autoconcepto en función de variable edad. En relación a esto:

1.- Esperamos encontrar diferencias para las distintas dimensiones del autoconcepto donde las mujeres de mediana edad puntúen mejor que las jóvenes (Ruíz de Azúa, Goñi y Madariaga, 2009).

Esperamos encontrar diferencias relacionadas con el autoconcepto físico y las características de la práctica deportiva.

2.1.- La contradicción encontrada en la revisión bibliográfica entre estudios que afirman que el número de horas práctica de ejercicio físico se relaciona positivamente con la puntuación en autoconcepto físico (Baldwin y Courneya, 1997; Dealey, 2002;

Lindwall y Hassmen, 2004; Esnaola 2005; Caglar y Asci, 2006; Moreno y Cervelló y Moreno, 2008) y los estudios que dicen que las mejoras fisiológicas no están relacionadas con la puntuación positiva en autoconcepto (Mc Auley et al., 2000; Alfermann y Stoll, 2000; Knapen et al., 2003 y Lindwall y Lingrenn, 2005) lleva a plantearme la hipótesis de encontrar diferencias en la puntuación del autoconcepto físico en relación al número de horas de práctica de actividad física aunque este motivo no nos permita predecir la dirección de las diferencias.

2.2.- Los estudios previos indican menores niveles de autoconcepto físico general y atractivo físico en mujeres que practican aeróbic y step (Sonstroem Harlow y Josephs, 1994 y Asci, Aiyse y Kosar, 1998). Proponemos encontrar diferencias en las puntuaciones de autoconcepto de las mujeres que realizan actividad física dirigida (aeróbic, step, gap...) frente a las que hacen otro tipo de actividades (individuales, de equipo o de adversario) o ambas tipos de actividad.

3.-Establecer una relación entre el IMC y el autoconcepto físico. Según la bibliografía consultada (Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez 2006) esperamos encontrar que las mujeres con sobrepeso tendrán puntuaciones más bajas en las dimensiones del autoconcepto físico que aquellas con normopeso e infrapeso, sobre todo en la de atractivo físico.

Establecer una relación entre los hábitos de vida saludable y autoconcepto general.

4.1.-Esperamos encontrar diferencias en las dimensiones del autoconcepto respecto al hábito de fumar, siendo aquellas mujeres que menos fuman las que tendrán mayores puntuaciones.

4.2.-No esperamos encontrar ninguna relación entre el cuidado de las horas de sueño y las puntuaciones del autoconcepto.

4.3.-Esperamos encontrar diferencias significativas en el autoconcepto de las mujeres que cuidan su alimentación frente a las mujeres que afirman no cuidar nada su alimentación.

➤ Capítulo 4: Material y método.

1.- MUESTRA

La muestra está conformada por 160 mujeres de 18 años en adelante que realizan actividad física o deporte en algún centro deportivo en Cáceres y sus alrededores. Para reunir la muestra se realizó una selección de los diferentes centros deportivos, tanto públicos como privados, donde se contacto con los encargados del centro y se les solicitó su autorización para poder entregar los cuestionarios a los clientes del centro deportivo.

Las participantes fueron informadas de manera general sobre el estudio y cumplieron en formulario de consentimiento informado antes de contestar el cuestionario correspondiente a la investigación.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Ser mujer.
- Tener 18 años o más.
- Realizar actividad física por lo menos 2 veces por semana 1 hora cada día.

Gráfico 4.1.1. Nivel de estudios de las mujeres que componen la muestra.

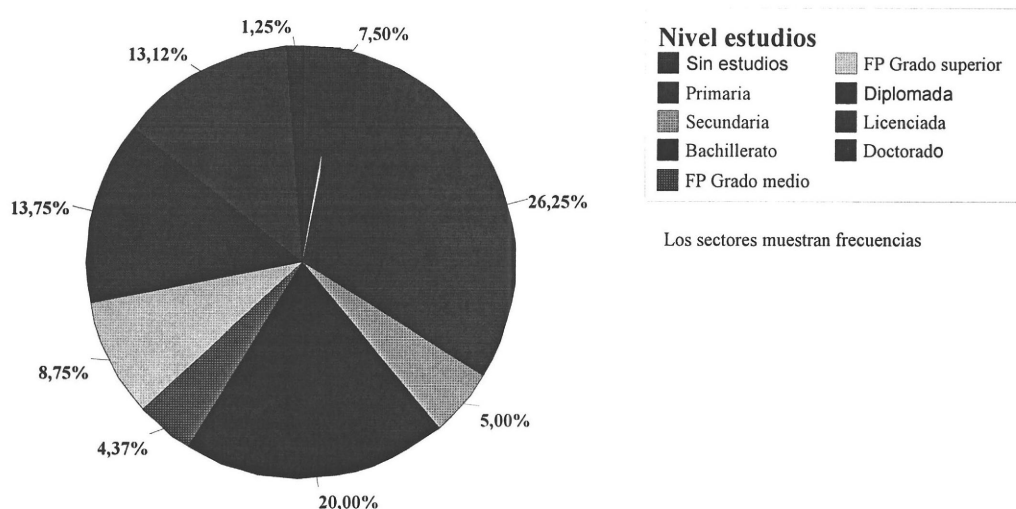
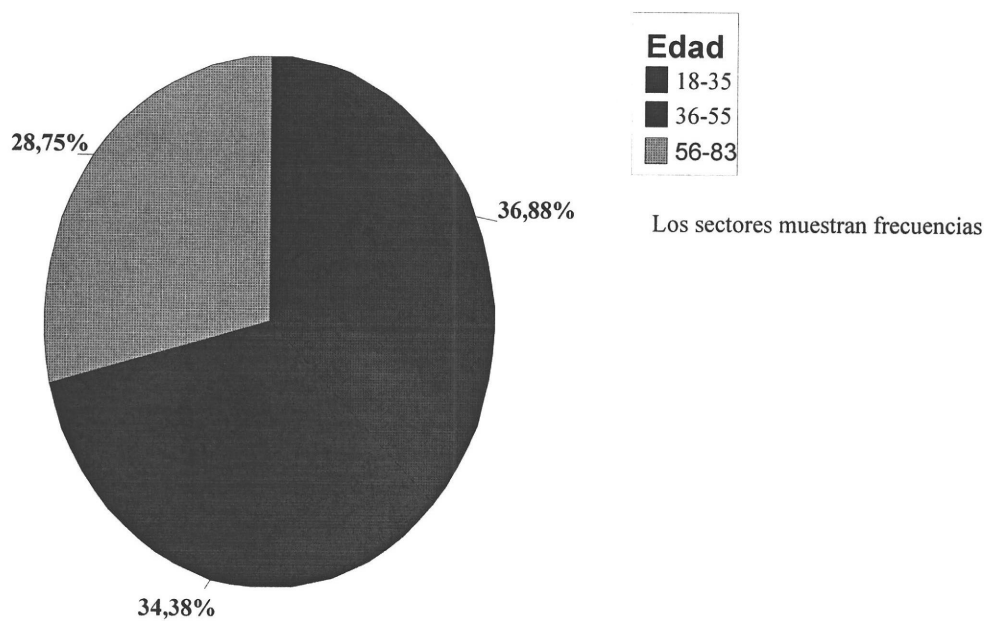
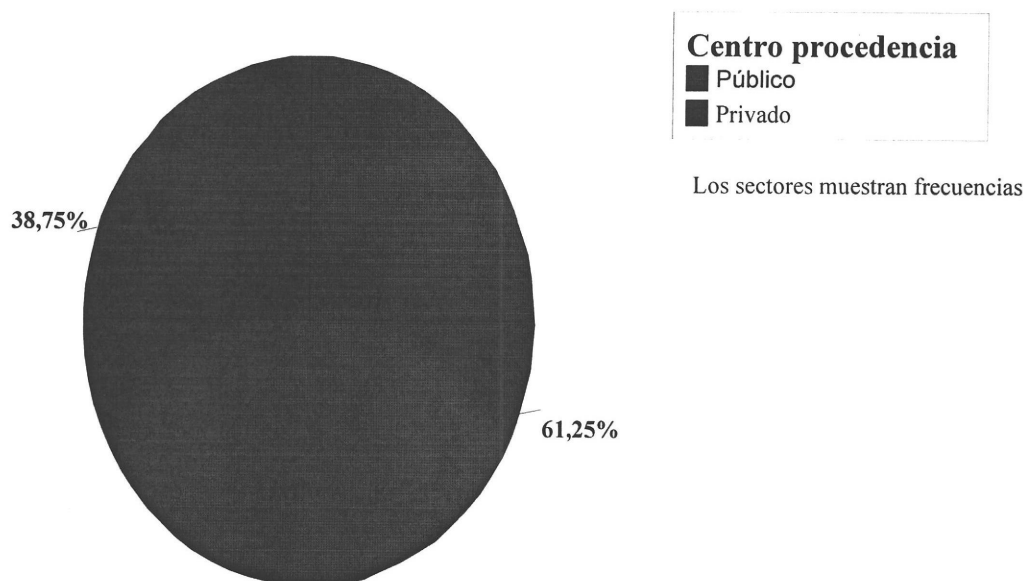


Gráfico 4.1.2. Edad de las mujeres que componen la muestra.**Gráfico 4.1.3. Centro de procedencia de las mujeres que componen la muestra**

2.-INSTRUMENTOS

2.1.-Cuestionario Socio-demográfico.

Este trabajo parte de un estudio más amplio para el que se diseñó un cuestionario socio-demográfico (Fuentes, Gozalo, Vizuite y Gusi, 2009) basado en trabajos previos como la “Encuesta sobre hábitos deportivos de los españoles” patrocinada por el Consejo Superior de Deporte y realizado por el CIS (García Ferrando, 2005) y añade algunos elementos de tipo educativo y contextual. Véase el Anexo I.

2.2.-Cuestionario de Autoconcepto Físico.

El cuestionario de autoconcepto físico (CAF) es un instrumento original en castellano, construido por Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez (2004). Está conformado por un total de 36 ítems, correspondientes a 6 escalas, compuestas cada una de ellas por 6 ítems, con un formato de respuesta tipo likert.

La finalidad de éste cuestionario es dar una información precisa sobre cuatro dimensiones específicas del autoconcepto físico:

- Habilidad física
- Condición física
- Atractivo físico
- Fuerza
- Autoconcepto físico en general
- Autoconcepto general.

Este instrumento ha sido desarrollado con muestra española de características semejantes a las de nuestra muestra. Ha sido probado en mujeres de diferentes edades residentes en el País Vasco. Aunque aún no ha sido validado en una muestra de mujeres físicamente activa.

Además, reúne unas aceptables propiedades psicométricas, que confirman la solidez del modelo hipotetizada en cuanto a la estructura interna de los dominios del

autoconcepto físico. Los coeficientes de fiabilidad (alfa de cronbach) de cada una de sus escalas y del cuestionario en general son muy aceptables.

2.3.-Estado de salud percibido.

Para medir la calidad de vida utilizamos la Escala Visual Analógica (EVA) de la versión española del cuestionario EUROQOL (Herdman, Badia y Serra, 2001), que mide el estado de salud percibido.

3.- DISEÑO Y PROCEDIMIENTO.

Una vez concretados los objetivos del estudio y los instrumentos a utilizar, nos dispusimos a recopilar la muestra con los criterios de inclusión propuestos. Después de haber solicitado a los responsables de cada sede su autorización (Anexo III) para la participación en el estudio, comenzamos a reclutar la muestra. El proceso duró tres meses de febrero hasta abril de 2009. En total se repartieron 600 cuestionarios (Anexo I) con el correspondiente formulario de consentimiento informado (Anexo II) en las diferentes sedes deportivas de Cáceres tanto públicas como privadas exceptuando el principal gimnasio privado de la ciudad, que no dio su autorización.

Los cuestionarios eran entregados al final de la clase en las diferentes horas de mañana y de tarde. Se les explicaba la importancia de completar el formulario de consentimiento informado y se les daba las instrucciones básicas para completarlo siguiendo el mismo protocolo (Anexo IV) para todos los grupos.

La recogida de los cuestionarios a los participantes la hacía el responsable de la sede y un día a la semana pasábamos a recoger los mismos. Se recopilaron 205 cuestionarios en total. Pero una vez eliminados los que se hallaban incompletos, la muestra se quedó en 160.

Para el análisis de las diferentes variables en relación a las distintas componentes del CAF se recurrió a diferentes pruebas estadísticas. En el análisis del IMC y el N° de horas de práctica, se utilizó una correlación bivariada calculando el coeficiente de Pearson para su nivel de significación siendo esta una prueba paramétrica ya que la relación para las variables era lineal. Hemos realizado una comparación de la media obtenida por nuestros participantes en relación a la media obtenida en la validación del cuestionario (CAF) en una muestra global de mujeres, para esto realizamos una prueba

T de Student. El factor edad ha sido dividido en tres categorías de 18 a 35 (n=59), de 36 a 55 (n=55) y de 56 a 83 (n=46), el análisis de esta variable con respecto al autoconcepto, el IMC, el nº de horas de práctica y el nivel de salud percibido, se ha realizado con un procedimiento Anova aplicando una prueba Post Hoc Bonferroni. Para el estudio de las variables: Tipo de actividad que realiza; baremos de infrapeso, normopeso y sobrepeso según el IMC; cantidad de cigarrillos consumidos (fuma), cuidado de las horas de sueño y cuidado de la alimentación, relacionando cada una de ellas con el autoconcepto, se ha aplicado una prueba no paramétrica Kruskal Wallis.

➤ Capítulo 5: Resultados.

Para calcular las relaciones entre el IMC, el número de horas de práctica, el estado de salud percibido y las diferentes categorías del autoconcepto aplicamos una comparación de medias bivariada. Los resultados de esta prueba se exponen en las Tablas 5.1 y 5.2.

Tabla 5.1. Estadísticos descriptivos de las variables IMC, el número de horas de práctica y las diferentes categorías del autoconcepto (n=160).

	Media	Desviación típica	Error típico	Mínimo	Máximo
IMC	23,83	3,59	,28	17,63	36,94
Nº horas	5,37	4,97	,39	2,00	25,00
Estado de salud percibido	7,70	1,53	,12	2,00	10,00
Habilidad	16,64	2,42	,19	10,00	30,00
Condición Física	18,73	2,57	,20	13,00	26,00
Atractivo Físico	18,31	2,47	,19	10,00	27,00
Fuerza	17,98	2,61	,20	10,00	24,00
Aut. General	16,37	3,13	,24	11,00	29,00
Aut. Fís. General	17,48	2,29	,18	10,00	26,00

Esta tabla recoge las puntuaciones del IMC de la muestra medido por la fórmula de Quetelet ($\text{IMC} = \text{peso en kilogramos} / \text{altura al cuadrado, en metros}$) estos datos nos revelan que tenemos una media del IMC ($\bar{x}=23,83$) que está dentro del promedio que se considera normal por la OMG.

Tabla 5.2. Correlaciones de las variables IMC, el número de horas de práctica y las diferentes categorías del autoconcepto (n=160).

		IMC	Nº Horas	Habil idad	Con. Física	Atra. Físico	Fuer za	Aut. Gen.	Aut.Fi s.Gen
IMC	Correlación de Pearson	1	,16*	-,10	-,10	-,06	-,02	-,06	-,12
	Sig. (bilateral)		,04	,19	,19	,44	,72	,41	,13
Nº Horas	Correlación de Pearson	,16*	1	-,07	,03	-,06	,06	-,07	-,01
	Sig. (bilateral)	,04		,38	,64	,39	,45	,32	,87
Habilidad	Correlación de Pearson	-,10	-,07	1	,40**	,19*	,34**	,33**	,33**
	Sig. (bilateral)	,19	,38		,00	,01	,00	,00	,00
Cond. Física	Correlación de Pearson	-,10	,03	,40**	1	,30**	,53**	,10	,21**
	Sig. (bilateral)	,19	,64	,00		,00	,00	,18	,01
Atract. Físico	Correlación de Pearson	-,06	-,06	,19*	,30**	1	,29**	,08	,23**
	Sig. (bilateral)	,44	,39	,01	,00		,00	,31	,00
Fuerza	Correlación de Pearson	-,02	,06	,34**	,53**	,29**	1	,05	,18*
	Sig. (bilateral)	,72	,45	,00	,00	,00		,50	,01
Aut. General	Correlación de Pearson	-,06	-,07	,33**	,10	,08	,05	1	,41**
	Sig. (bilateral)	,41	,32	,00	,18	,31	,50		,00
Aut. Fís. General	Correlación de Pearson	-,11	-,01	,33**	,21**	,22**	,18*	,41**	1
	Sig. (bilateral)	,13	,87	,00	,01	,00	,02	,00	

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En esta correlación bivariada obtenemos que el IMC no tiene relación con ninguna de las componentes del autoconcepto, ni tampoco para el autoconcepto físico general ni autoconcepto general. Si existen correlaciones significativas para el IMC con relación al número de horas de práctica de ejercicio físico.

Sin embargo obtenemos que los sujetos que obtienen alta puntuación en habilidad, se valoran bien en el resto de componentes, así como el autoconcepto general y autoconcepto físico general. Siendo las componentes de condición física y fuerza las que tienen puntuaciones más altas. Por tanto podemos pensar que las personas que se consideran más habilidosas tienen mejor autoconcepto físico de sí mismas e incluso el autoconcepto general es mejor.

Las mujeres que se autoperciben con mejor condición física lo hacen también en atractivo físico y fuerza en un 100 % de significatividad y en autoconcepto físico general, con un 99% de significatividad. El atractivo físico también se relaciona de forma positiva con el resto de componentes del autoconcepto físico y el autoconcepto físico general mientras que no es así con el autoconcepto general. Lo mismo ocurre con la componente fuerza.

En el caso del autoconcepto físico, es muy lógico que tenga una relación positiva con el resto de componentes mientras que no es así para el autoconcepto general, ya que como vimos en el capítulo dedicado a este concepto, está formado por otras componentes además del físico.

En la tabla 5.3 se representa la comparación entre los valores normativos obtenidos por Goñi, Ruíz de Azúa y Rodríguez (2006) y los obtenidos por nuestras participantes. Hemos utilizado la prueba T de Student para comparar las medias de cada una de las dimensiones del CAF para la muestra global de mujeres que participaron en la validación del instrumento y las obtenidas por el conjunto de mujeres de nuestro estudio.

Tabla 5.3. T de Student comparativa entre los valores normativos de los valores del CAF (n=736) y medias obtenidas por nuestras participantes (n=160).

	Valor de Prueba	Media	Desviación típica	t	gl	Sig. (bilatera l)	Diferencia de medias
Habilidad	19.33	16,64	2,43	-13,99	159	,00	-2,69
Condición Física	16.89	18,73	2,57	9,05	159	,00	1,84
Atractivo Físico	21.29	18,31	2,49	-15,20	159	,00	-2,98
Fuerza	17.08	17,99	2,62	4,38	159	,00	,91
Autoconcepto General	22.40	17,49	2,30	-27,04	159	,00	-4,91
Autoconcepto Físico General	24.59	16,38	3,14	-33,12	159	,00	-8,22

Como podemos observar, existen diferencias significativas a un 100% de significatividad en todas las dimensiones del CAF al comparar las medias obtenidas entre nuestra muestra de mujeres físicamente activas (n=160) y la muestra global de mujeres utilizada para validar el cuestionario (n=736). Estas diferencias se traducen a una puntuación inferior de nuestra muestra con respecto a la de referencia en todas las dimensiones excepto en las de condición física y fuerza.

Para calcular la relación entre el factor edad respecto al número de horas, el nivel de salud percibido y el autoconcepto utilizamos una prueba Anova, tomando la edad como factor de agrupación, realizando un Post Hoc, hemos seleccionado la prueba de Comparaciones múltiples de Bonferroni. Los resultados para estas variables se muestran en las Tablas 5.4. y 5.5.

Tabla 5.4. ANOVA del factor edad con respecto al IMC, nº de horas de práctica, el nivel de Salud Percibido y el CAF (n=160).

	Edad	N	Media	Desviación típica	gl	F	Sig.
IMC	18-35	59	25,15	3,65	2	7,08	,00
	36-55	55	23,31	2,81	157		
	56-83	46	22,76	3,88	159		
Nº Horas	18-35	59	8,46	6,55	2	24,96	,00
	36-55	55	4,24	2,65	157		
	56-83	46	2,76	1,53	159		
Estado de salud percibido	18-35	59	7,59	1,35	2	1,64	,19
	36-55	55	8,00	1,33	157		
	56-83	46	7,50	1,90	159		
Habilidad	18-35	59	15,98	2,12	2	5,01	,00
	36-55	55	16,67	2,19	157		
	56-83	46	17,45	2,81	159		
Condición Física	18-35	59	17,91	2,00	2	6,81	,00
	36-55	55	18,78	2,54	157		
	56-83	46	19,71	2,93	159		
Atractivo Físico	18-35	59	18,23	1,97	2	1,29	,27
	36-55	55	18,00	2,44	157		
	56-83	46	18,78	3,01	159		
Fuerza	18-35	59	17,49	2,30	2	2,49	,08
	36-55	55	17,98	2,75	157		
	56-83	46	18,63	2,74	159		
Autoconcepto General	18-35	59	16,13	2,48	2	1,19	,30
	36-55	55	16,12	2,97	157		
	56-83	46	16,97	3,96	159		
Autoconcepto Físico General	18-35	59	17,40	2,02	2	,13	,88
	36-55	55	17,45	2,08	157		
	56-83	46	17,63	2,85	159		

En estos datos descriptivos analizamos en primer lugar el IMC y podemos observar que la media de este índice es mayor en el primer rango de edad, situándose escasamente por encima de los valores considerados normales por la OMS. Siendo menor este índice a medida que aumenta la edad en los rangos superiores. Sin embargo, el número de horas de práctica deportiva es el doble cuando disminuimos la edad. La puntuación en la escala de salud percibida es muy similar en las tres categorías.

Tabla 5.5. Prueba de Comparaciones múltiples de Bonferroni: Niveles de IMC, nº de horas de práctica, estado de salud percibido y dimensiones del autoconcepto respecto a la edad (n=160).

Variable dependiente	(I) Edad	(J) Edad	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
IMC	18-35	36-55	1,84*	,64	,02
		56-83	2,38*	,68	,00
	36-55	18-35	-1,84*	,64	,01
		56-83	,54	,69	1,00
	56-83	18-35	-2,38*	,68	,00
		36-55	-,54	,69	1,00
Nº Horas	18-35	36-55	4,21*	,81	,00
		56-83	5,70*	,85	,00
	36-55	18-35	-4,21*	,81	,0
		56-83	1,48	,87	,26
	56-83	18-35	-5,70*	,85	,00
		36-55	-1,48	,87	,26
Nivel de salud percibido	18-35	36-55	-,41	,28	,45
		56-83	,09	,30	1,00
	36-55	18-35	,41	,28	,45
		56-83	,50	,30	,29
	56-83	18-35	-,09	,30	1,00
		36-55	-,50	,30	,29
Habilidad	18-35	36-55	-,68	,44	,36
		56-83	-1,47*	,46	,00
	36-55	18-35	,68	,44	,36
		56-83	-,78	,47	,29
	56-83	18-35	1,47*	,46	,00
		36-55	,78	,47	,29
Condición Física	18-35	36-55	-,86	,46	,19
		56-83	-1,80*	,48	,00
	36-55	18-35	,86	,46	,19
		56-83	-,93	,49	,18
	56-83	18-35	1,80*	,48	,00
		36-55	,93	,49	,18
Atractivo Físico	18-35	36-55	,23	,46	1,00
		56-83	-,54	,48	,79
	36-55	18-35	-,23	,46	1,00
		56-83	-,78	,49	,34
	56-83	18-35	,54	,48	,79
		36-55	,78	,49	,34
Fuerza	18-35	36-55	-,49	,48	,94
		56-83	-1,13	,51	,08
	36-55	18-35	,49	,48	,94

Fuerza	56-83		-,64	,51	,63
	56-83	18-35	1,13	,51	,08
	36-55		,64	,51	,63
Autoconcepto General	18-35	36-55	,01	,58	1,00
	56-83		-,84	,61	,52
	36-55	18-35	-,00	,58	1,0
	56-83		-,85	,62	,52
	56-83	18-35	,84	,61	,52
Autoconcepto Físico General	36-55		,85	,62	,52
	18-35	36-55	-,04	,43	1,00
	56-83		-,22	,45	1,00
	36-55	18-35	,04	,43	1,00
	56-83		-,17	,46	1,00
	56-83	18-35	,22	,45	1,00
36-55			,17	,46	1,00

La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

Con esta prueba podemos observar que, para el IMC, existen diferencias significativas según la edad en todas su categorías excepto en la de 36-55 en comparación con la de 56-83. Para el número de horas de práctica vuelven a darse diferencias significativas en todos los estadios menos en el de 36-55 y 56-83 como en el IMC. En el nivel de salud percibido no se observa ninguna diferencia significativa.

En las componentes del autoconcepto hay que destacar que la percepción de habilidad aumenta a medida que aumenta la edad evidenciándose una diferencia significativa entre el primer rango de edad (de 18 a 35) y el tercero (de 56 a 83). En condición física, también vuelve a darse una diferencia significativa, siendo mayores las puntuaciones a medida que aumenta la edad. En fuerza y en autoconcepto físico general no existe diferencias significativas pero las puntuaciones siguen el mismo modelo que en habilidad y en condición física, siendo mayores a medida que aumenta el rango de edad. No siendo así en atractivo físico y autoconcepto general, en estos dos casos, las mujeres que obtienen mayores puntuaciones son las de mayor rango de edad seguida de las más jóvenes aunque las diferencias no son significativas.

Algunos trabajos previos habían indicado que existen diferencias en las puntuaciones del autoconcepto dependiendo del tipo de actividad física que se practicaba, aunque siempre eran actividades con alto componente aeróbico. De todas las actividades por las que se preguntaba, establecimos una agrupación entre aquellas que denominamos “dirigidas”, las cuales se caracterizan por ser actividades que se realizan

en grupo y con un profesional que marca los ejercicios, así como la intensidad de los mismos (aerobic, step, gimnasia de mantenimiento...), “actividades no dirigidas” que son las que se practican de forma individual o colectiva pero sin presencia de un profesional y establecemos además una última categoría, “ambas”, estando en esta categoría las mujeres que realizan actividades de los dos tipos definidos anteriormente.

Para establecer la relación existente entre el tipo de actividad desarrollada y las dimensiones del autoconcepto sometimos los resultados obtenidos por nuestras participantes a la prueba de de Kruskal-Wallis, puesto que la distribución desigual de los subgrupos nos indicaba claramente que se incumplían los supuestos previos para aplicar ANOVA, los resultados obtenidos se recogen en la Tabla 5.6.

Tabla 5.6. Prueba de Kruskal-Wallis: Variable de agrupación: Tipo de actividad que realiza con rangos y estadístico de contraste (n=160).

	Actividades que realiza	N	Rango promedio	Chi-cuadrado	Sig. asintót.
Autoconcepto Físico	Actividades dirigidas	94	84,47	2,53	,28
	Actividades no dirigidas	19	66,89		
	Ambas	47	78,06		
Autoconcepto General	Actividades dirigidas	94	86,55	5,04	,08
	Actividades no dirigidas	19	62,53		
	Ambas	47	75,67		
Fuerza	Actividades dirigidas	94	78,36	,87	,65
	Actividades no dirigidas	19	89,03		
	Ambas	47	81,34		
Atractivo Físico	Actividades dirigidas	94	85,90	3,15	,21
	Actividades no dirigidas	19	73,53		
	Ambas	47	72,52		
Condición Física	Actividades dirigidas	94	78,49	5,61	,06
	Actividades no dirigidas	19	103,58		
	Ambas	47	75,19		
Habilidad	Actividades dirigidas	94	80,27	,03	,99
	Actividades no dirigidas	19	82,05		
	Ambas	47	80,34		

Los valores obtenidos nos indican que para el tipo de actividad física que realizan, no da lugar a diferencias significativas en ninguna de las componentes del autoconcepto ni para el autoconcepto físico general ni el autoconcepto general. Siendo la dimensión de condición física la que más se acerca a tener valores significativos para esta variable.

A continuación sometemos los resultados del IMC a una prueba de Kruskal-Wallis al igual que en el caso anterior para poder establecer relaciones entre el infrapeso, normopeso y sobrepeso y las dimensiones del autoconcepto. Los resultados se recogen en la Tabla 5.7.

Tabla 5.7. Prueba de Kruskal-Wallis Variable de agrupación: IMC (n=160).

	IMC	N	Rango promedio	Chi-cuadrado	Sig. asintót.
Habilidad	Menor que 20	21	97,76	3,82	,15
	Entre 20 y 25	90	76,12		
	A partir de 25,01	49	81,14		
	Total	160			
Condición Física	Menor que 20	21	81,79	1,09	,58
	Entre 20 y 25	90	83,28		
	A partir de 25,01	49	74,85		
	Total	160			
Atractivo Físico	Menor que 20	21	82,62	,33	,85
	Entre 20 y 25	90	81,69		
	A partir de 25,01	49	77,41		
	Total	160			
Fuerza	Menor que 20	21	89,33	1,79	,41
	Entre 20 y 25	90	76,44		
	A partir de 25,01	49	84,17		
	Total	160			
Autoconcepto General	Menor que 20	21	92,95	1,91	,38
	Entre 20 y 25	90	77,53		
	A partir de 25,01	49	80,62		
	Total	160			
Autoconcepto Físico General	Menor que 20	21	101,07	4,92	,09
	Entre 20 y 25	90	77,74		
	A partir de 25,01	49	76,74		
	Total	160			

En esta tabla puede observarse que para los estadios de infrapeso, normopeso y sobrepeso calculados con el IMC, no existe ninguna diferencia significativa para las dimensiones del autoconcepto entre las distintas categorías. Sin embargo, la dimensión que está más próxima a la significatividad es la del autoconcepto general.

El resto de resultados que vamos a exponer, son las relaciones encontradas entre el autoconcepto y los hábitos de vida saludable, siendo estos indicadores: el consumo de cigarrillos, las horas de sueño y el cuidado de la alimentación.

Igual que anteriormente, para establecer la relación existente entre el consumo de tabaco y las dimensiones del autoconcepto, sometimos los resultados obtenidos por nuestras participantes a la prueba de de Kruskal-Wallis, estos se recogen en la Tabla 5.8.

Tabla 5.8. Prueba de Kruskal-Wallis. Rangos y Estadísticos de contraste respecto a la variable “fumar y las dimensiones del Autoconcepto Físico (n=160)”.

	Fuma	N	Rango promedio	Chi-cuadrado	Sig. asintót.
Habilidad	Con frecuencia	32	86,02	,69	,70
	A veces	18	75,75		
	Nunca	110	79,67		
Condición Física	Con frecuencia	32	80,72	,41	,81
	A veces	18	86,83		
	Nunca	110	79,40		
Atractivo Físico	Con frecuencia	32	67,44	7,03	,03
	A veces	18	103,31		
	Nunca	110	80,57		
Fuerza	Con frecuencia	32	82,23	1,53	,46
	A veces	18	67,86		
	Nunca	110	82,06		
Autoconcepto General	Con frecuencia	32	72,22	1,81	,41
	A veces	18	89,78		
	Nunca	110	81,39		
Autoconcepto Físico General	Con frecuencia	32	76,41	,53	,77
	A veces	18	77,00		
	Nunca	110	82,26		

Encontramos diferencias significativas en la componente de atractivo físico donde las mujeres que fuman de forma esporádica se encuentran más atractivas que las que no fuman o las que fuman regularmente. En el resto de variables no se encuentra ninguna diferencia significativa.

En la Tabla 5.9 se muestran los resultados obtenidos para establecer la relación existente entre el cuidado del sueño y las dimensiones del autoconcepto, tras aplicar la prueba de Kruskal-Wallis.

Tabla 5. 9. Prueba de Kruskal-Wallis. Rangos y Estadísticos de contraste respecto a la variable “cuido las horas de sueño y las dimensiones del Autoconcepto Físico (n=160)”.

	Sueño	N	Rango promedio	Chi-cuadrado	Sig. asintót.
Habilidad	Con frecuencia	95	81,41	,15	,93
	A veces	53	78,52		
	Nunca	12	82,08		
	Total	160			
Condición Física	Con frecuencia	95	79,39	,27	,87
	A veces	53	83,11		
	Nunca	12	77,71		
	Total	160			
Atractivo Físico	Con frecuencia	95	79,84	1,29	,52
	A veces	53	78,44		
	Nunca	12	94,83		
	Total	160			
Fuerza	Con frecuencia	95	79,51	2,36	,31
	A veces	53	77,88		
	Nunca	12	99,92		
	Total	160			
Aut.General	Con frecuencia	95	81,82	1,82	,40
	A veces	53	75,10		
	Nunca	12	93,88		
	Total	160			
Aut.Fis.Gen.	Con frecuencia	95	80,96	2,39	,30
	A veces	53	75,68		
	Nunca	12	98,13		
	Total	160			

No se observan diferencias significativas en relación con las componentes del autoconcepto físico, ni el autoconcepto físico general ni el autoconcepto general para la variable sueño.

Como en los casos anteriores, para establecer la relación existente entre el cuidado de la alimentación y las dimensiones del autoconcepto, sometimos los resultados obtenidos por nuestras participantes a la prueba de de Kruskal-Wallis, los resultados obtenidos se recogen en la Tabla 5.10.

Tabla 5.10. Prueba de Kruskal-Wallis. Rangos y Estadísticos de contraste respecto a “cuidado de la alimentación y las dimensiones del Autoconcepto Físico (n=160)”.

	Alimentación	N	Rango promedio	Chi-cuadrado	Sig. asintót.
Habilidad	Con frecuencia	94	78,77	9,26	,01
	A veces	59	77,16		
	Nunca	7	131,86		
	Total	160			
Condición Física	Con frecuencia	94	85,65	5,29	,07
	A veces	59	70,14		
	Nunca	7	98,64		
	Total	160			
Atractivo Físico	Con frecuencia	94	79,01	,25	,89
	A veces	59	82,76		
	Nunca	7	81,43		
	Total	160			
Fuerza	Con frecuencia	94	85,15	2,34	,31
	A veces	59	74,01		
	Nunca	7	72,71		
	Total	160			
Aut.General	Con frecuencia	94	77,17	1,27	,53
	A veces	59	84,71		
	Nunca	7	89,71		
	Total	160			
Aut.Fís.Gen.	Con frecuencia	94	73,37	9,00	,01
	A veces	59	87,05		
	Nunca	7	121,00		
	Total	160			

En esta tabla observamos que existen diferencias significativas para la variable de agrupación alimentación. Estas diferencias se dan en habilidad y autoconcepto físico general siendo en los dos casos al 99%. Además en la componente de condición física los valores son cercanos a ser significativos.

➤ **Capítulo 6: Discusión, conclusiones y perspectivas futuras.**

1.-DISCUSIÓN.

Si comparamos los estos resultados descriptivos generales de nuestra muestra con los obtenidos por Goñi, Ruíz de Azúa y Rodríguez (2006) (Anexo V) para una muestra general de mujeres, los valores promedios de cada componente del autoconcepto físico están en los percentiles normales. Siendo el de habilidad el que peor se puntúa estando situado en el percentil 25 mientras que el de fuerza es el mejor valorado situándose en el percentil 65. En oposición a esto, el autoconcepto físico general está en el límite del percentil normal, en el 20 y el autoconcepto general aun más bajo, situado en el percentil 15.

Si analizamos los resultados según los rangos de edad que hemos establecido tenemos que:

- Las mujeres de menor edad se sitúan en el percentil 45 mientras y las de mayor edad en el percentil 60 de condición física.
- El percentil de atractivo físico es el mismo para los tres grupos de edad aunque las puntuaciones varíen un poco siendo este el percentil 35.
- En fuerza también todas las categorías se encuentran en la franja normal pero de nuevo las mujeres con mayor rango de edad puntúan más alto que las más jóvenes situándose en los percentiles 55 y 65.
- El autoconcepto general se sitúa en el percentil 15 en todas las categorías, siendo éste un valor bajo.
- El autoconcepto físico general para todos los rangos es un poco más alto que el autoconcepto general y está en el percentil 20.

Aunque tenemos que decir que la muestra global de mujeres con la que comparamos nuestros datos, las edades de las mujeres no son tan amplias como las de nuestra muestra ya que en su muestra las mujeres de mayor edad son universitarias.

Del análisis de estos datos y de la comparación de medias que hacemos en la Tabla 5.3, tenemos que decir, que resulta sorprendente las bajas puntuaciones obtenidas por nuestra muestra tratándose de mujeres físicamente activas en comparación con una muestra global que incluye todo tipo de mujeres y que por el perfil habitual de las mujeres en nuestro país, serán en su mayoría sedentarias.

En este estudio las hipótesis planteadas en relación al autoconcepto eran varias:

La primera hipótesis que nos proponíamos era de tipo socio-demográfico relacionando la edad con las diferentes dimensiones del autoconcepto. Los estudios consultados (Goñi, Rodríguez y Ruíz de Azúa, 2004 y Ruíz de Azúa, Goñi y Madariaga, 2009) nos ponen de manifiesto que las mujeres de mayor rango de edad son las que mejores puntuaciones obtienen en todas las dimensiones del autoconcepto, siendo estas de mediana edad con respecto a jóvenes.

En nuestro estudio tenemos que destacar que, de acuerdo con la bibliografía consultada, la percepción todas las componentes excepto n fuerza y autoconcepto general, aumentan a medida que aumenta la edad, pudiendo establecer una diferencia significativa entre el primer rango de edad y el tercero en las dimensiones de habilidad y condición física.

Sin embargo el percentil de atractivo físico es el mismo para los tres grupos de edad siendo este el percentil 35. En fuerza también todas las categorías se encuentran en la franja normal pero de nuevo las mujeres con mayor rango de edad puntúan más alto que las más jóvenes situándose en los percentiles 55 y 65. El autoconcepto general se sitúa en el percentil 15 en todas las categorías, siendo este un valor bajo. El autoconcepto físico general es un poco más alto que el autoconcepto general, está en el percentil 20.

Podríamos decir que la primera hipótesis se cumple, habiendo encontrado diferencias significativas en algunas componentes del autoconcepto según la edad, aunque no en todas sus componentes como proponían en los estudios consultados. Por

lo que de acuerdo con Aşçi (2002), no existen pautas claras de diferencias para los distintos grupos de edad.

En la siguiente hipótesis que nos planteamos encontrar una relación positiva entre el autoconcepto físico y las características de la práctica deportiva. Contemplando por un lado el número de horas de práctica deportiva semanalmente y por otro lado el tipo de actividad física que se realiza. La revisión de investigaciones anteriores sobre este tema en ambas variables ofrece una información contradictoria.

En nuestro estudio la media de horas de práctica deportiva, según los rangos de edad, se duplica a medida que aumentamos el rango. Sin embargo la única variable del autoconcepto físico en la que existen diferencias significativas para el factor de agrupación en el número de horas de práctica de ejercicio físico, es el atractivo físico. Podríamos decir entonces que salvo esta variable, el número de horas de práctica no influye en la percepción del resto de las dimensiones del autoconcepto. Por lo que en contraposición de lo que mostraban Lindwall y Hasmenn (2005), exceptuando en atractivo físico, no existen diferencias significativas según el número de horas de práctica de ejercicio físico.

Con relación a la segunda hipótesis de las características de la práctica deportiva, nuestra propuesta era que el tipo de actividad física que se realiza dará lugar a diferencias en las puntuaciones del autoconcepto físico. Al contrario de lo que sugieren Dósil y Díaz (2002), nuestro estudio no presenta diferencias significativas en las puntuaciones del autoconcepto cuando diferenciamos el tipo de práctica que realiza, dirigida y no dirigida o ambas. Aunque si se encuentran diferencias en condición física y en autoconcepto general muy cerca de la significatividad.

Establecer relación entre el IMC y el autoconcepto físico era la tercera hipótesis que nos planteábamos en nuestro trabajo. Pues bien, en los resultados para este índice podemos observar que la media de este índice es mayor en el primer rango de edad situándose escasamente por encima de los valores considerados normales por la OMS. Siendo menor este índice a medida que aumenta la edad en los rangos superiores. Es posible que las mujeres más mayores que realizan actividad física tengan unos hábitos saludables consolidados y por eso su IMC esté dentro de los valores considerados normales, por otro lado, el grupo de mayor edad que es el que menor IMC presenta. Son

mujeres que habrán pasado la menopausia y tenemos que tener en cuenta que este proceso junto con el de envejecimiento contribuye a la sarcopenia (pérdida de masa magra). Estas diferencias encontradas son significativas según la edad en todas su categorías excepto en la de 36-55 en comparación con la de 56-83. Ahora bien, si pasamos a ver la relación del IMC con las variables del autoconcepto tendremos que al contrario que mostraban los estudios consultados (Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez 2006) no existen diferencias significativas en ninguna de las componentes, siendo el autoconcepto general la variable que muestra mayores diferencias.

La cuarta hipótesis del estudio era establecer una relación entre los hábitos de vida saludable y autoconcepto. Los indicadores de hábitos saludables evaluados fueron: el consumo de tabaco, el cuidado de las horas de sueño y el cuidado de la alimentación. De estos tres indicadores el que ha obtenido resultados más relevantes ha sido el cuidado de la alimentación donde se observan diferencias significativas en habilidad y autoconcepto físico general, estando además la componente condición física muy cercana a los valores significativos.

La cantidad de cigarrillos consumidos obtiene unos resultados peculiares, encontramos valores significativos en la componente de atractivo físico siendo las mujeres que fuman de forma esporádica las que se encuentran más atractivas que las que no fuman o las que fuman regularmente.

En el cuidado del sueño, como esperábamos, los datos que se obtienen no son significativos y las diferencias no son relevantes. Esta es la variable de hábitos saludables que se manifiesta menos directa con la práctica de la actividad física.

Sin embargo, la alimentación va a ser determinante para la autopercepción en habilidad y autoconcepto físico general. Esta variable es la variable de hábitos saludables que más relación guarda con el autoconcepto.

Aunque tenemos que decir que, la medición de los hábitos saludables ha sido de forma subjetiva evaluando uno mismo la cantidad de veces que fuma, cuida sus horas de sueño o su alimentación. Por este motivo las relaciones que hemos establecido son como influye la percepción del cuidado de los hábitos saludables en la percepción del autoconcepto.

2.- CONCLUSIONES.

Los resultados obtenidos para la hipótesis planteada con respecto a las diferencias por edades nos llevan a afirmar que las mujeres físicamente activas de la ciudad de Cáceres se autoperciben con mayor habilidad y condición física a medida que son más mayores.

Con respecto a las características de la práctica deportiva que hemos considerado (frecuencia y tipo de actividad) afirmamos que no existen diferencias significativas para los rangos establecidos en nuestros datos.

Los valores de infrapeso, normopeso y sobrepeso según el IMC, no obtienen diferencias significativas en las dimensiones del CAF en una muestra de mujeres urbanas físicamente activas.

Los hábitos saludables: cantidad que se fuma y cuidado de la alimentación, obtienen diferencias significativas en las dimensiones del autoconcepto físico. Siendo el atractivo físico la dimensión influenciada por la cantidad que se fuma y la habilidad y el autoconcepto físico general por el cuidado de la alimentación.

Los resultados de nuestro estudios demuestran lo interesante que es prestarle atención al diseño de programas de actividad física para mujeres de manera que estos no sean exclusivamente una forma de mejorar su físico, sino como hábito saludable que contribuya en todos los aspectos, físico, psicológico y social a mejorar la calidad de vida de las mujeres.

Además es importante que los profesionales del ejercicio físico se preocupen por establecer dinámicas en las que se trabaje el autoconcepto al ser un constructo que como hemos visto en la literatura consultada está muy relacionado con el mantenimiento de la práctica deportiva y los hábitos saludables lo cual va a repercutir en la calidad de vida de las personas.

3.- PERSPECTIVAS FUTURAS.

Resultan sorprendentes las bajas puntuaciones cuando se trata de mujeres físicamente activas respecto al baremo original de mujeres en global. Actualmente, no existe un baremo para esta prueba por lo que pensamos elaborarlo en próximas investigaciones.

El hecho de que en nuestra muestra no exhiba todas las diferencias esperadas, se debe, en parte a que es muy homogénea en dos aspectos: se trata de una muestra exclusivamente compuesta por mujeres físicamente activas y de procedencia urbana.

Para estudios posteriores, nos plantearemos ampliar y diversificar nuestra muestra femenina. Sería interesante volver a medir estos valores en una población de mujeres sedentarias y/o población rural ya que nuestra muestra era exclusivamente de la ciudad de Cáceres. También podría ampliarse el estudio incluyendo otras variables que puedan afectar al autoconcepto e introducir medidas más objetivas de los hábitos de salud como la mejora del VO^2 máx. o el IMC. Cabe la posibilidad de plantear un estudio transcultural sobre autoconcepto para ver las diferencias existentes entre países.

Otra posibilidad sería realizar una intervención como se ha planteado en algunos de los estudios consultados (Mc Auley et al., 2000, Alfermann y Stoll, 2000) planteando un programa de corte experimental en el que un grupo realice actividad física y por otro lado un programa de actividades sedentarias de este modo podríamos medir como afecta la actividad física al autoconcepto en relación a otro tipo de actividades.

BIBLIOGRAFÍA

- Alfermann, D. y Stoll, O. (2000). Effects of physical exercise on self-concept and well-being. *International Journal of Sport an Psychology*, 30, 47-65.
- Anderson, A.G., Murphy, M.H., Murtagh, E. y Nevill, A. (2006). An 8 week randomized controlled trial on the effects of brisk walking with abdominal electrical muscle stimulation on anthropometric, body composition, and self-perception meadsures in sedentary adult women. *Psychology of Sport and Exercise*, 7, 437-451.
- Asçi, F. H. (2002). An investigation of age and gender differences in physical self-concept among Turkish late adolescents. *Adolescence*, 37 (146), 365-371.
- Bakker, F. C. (1988). Personality differences between young dancers and non-dancers. *Personality and individual differences*, vol. 9, nº1, pp. 121-131 (2 p.) Elsevier, Oxford, Royaume-uni.
- Balaguer, I. (2002). *Estilos de vida en la adolescencia*. Valencia. Promolibro.
- Baldwin, M.K. y Courneya, K.S. (1997). Exercise and self-esteem in breast cancer survivors: An application of the exercise and self-esteem model, *Journal of Sport and Exercise Psychology* 19 (1997), pp. 347-358
- Bañuel, A. (1992a). *La construcción social del cuerpo: prácticas gimnásticas y nuevos modelos culturales*. Madrid: Editorial Universidad Complutense.
- Bañuel, A. (1994). La construcción social del cuerpo del cuerpo de las mujeres en el deporte. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 68,97-117.
- Baumeister, R. F. (1998). The self. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology* (4th ed.; pp. 680-740). New York: McGraw-Hill.
- Birren, J. E. y Dieckmann, L. (1991): «Concepts and Content of Quality of Life in the Later Years: An Overview», en: Birren, J. E.; Lubben, J. E.; Rowe, J. C. y Deutchman, D. E. (Eds.): *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderl*. San Diego, Academic Press, pp. 344-360.
- Blackman, L., Hunet, G., Hilyer, J. y Harrison, P. (1988) The effects of dance team participation on female adolescent physical fitness and self-concept, *Adolescence* , 23, 437-448.

- Bouchard, C., Shephar, R. J., Stephens, T., Sutton J.R. y Mc Pherson, B. D. (1990). Exercise, fitness and health: the consensus statement“, en “Exercise, fitness, and health: a consensus of current knowledge, de Bouchard, C., Shephard RJ, Stephens T, Sutton JR, McPherson BD. 1990; 3, Champaign IL: Human Kinetics.
- Brown. S. W., Welsh, M. C., Labbé, E. E., Vitulli W F y Kulkarni P. (1992). Aerobic exercise in the psychological treatment of adolescents. *Perceptual and motor skills* 74(2):555-60.
- Bruner, J. (1958). Les processus de preparation a la perception. *Logique et perception*, 6. París: P.U.F.
- Burguess, G., Grogan, S. y Burwitz, L. (2006). Effects of a 6-week aerobic dance intervention on body image and physical self-perceptions in adolescent girls. *Body Image*, 3, 57-66.
- Caglar, E. y Asçi, F.H. (2006). Gender and physical activity level differences in physical self-perceptions of university students: A case of Turkey. *International Journal of Sport and Psychology*, 37, 58-74.
- Canfield, J. y Wells, H. C. (1976). 100 ways to enhance self-concept in the classroom Massachusetts: Allyn & Bacon, Longwood Division, 1994.
- Caro, B., Torres, S., Durán M.J. y Saavedra, J.M. (2005b). Relación entre los hábitos de vida y la práctica de actividad física organizada en mujeres de núcleos urbanos. En: M. Bellido y R. Albarrán (Coords.), *Educación Física: reflexión, acción y propuestas* (pp. 151-155). Cáceres: Exma. Diputación de Cáceres.
- Caruso, C. M. Y Gill, D. L. (1992). Stregtheninn physical self-perceptios through exercise. *Journal of Sport Medicine and Physical Fitness*, 32,(4), 416-427.
- Cáspersen, C., Powell, K. E. y Christenson, G, M. (1985). Physical activity, exercise and physical exercise: Definitions and distinctions for health related reserch. *Public Health Reports*, 100(2), 126-130.
- Cooley, C. H. (1902). *Human nature and the social order*. New York: Scribners.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedens of self-esteem*. San Francisco: W.H. Freeman.

- Crocker, P.R.E., Eklund, R.C. y Kowalski, K.C. (2000). Children's physical activity and physical self-perceptions. *Journal of Sports Sciences*, 18, 383-394.
- Crocker, P. R. E., Sabiston, C., Forrester, S., Kowalski, N. C., Kowalski, K. C., y McDonough, M. (2003). Predicting change in physical activity, dietary restraint, and physique anxiety in adolescent girls: Examining covariance in physical self-perceptions. *Canadian Journal of Public Health*, 94, 332-337.
- Crocker, P.R.E., Sabiston, C.M., Kowalski, K.C, McDonough, M.H., y Kowalski, N. (2006). Longitudinal assessment of the relationship between physical self-concept and health related behaviour and emotion in adolescent girls. *Journal of Applied Sport Psychology*, 18, 185-200.
- Daley, A. J. (2002). Extra-curricular physical activities and physical self-perceptions in British 14-15-year-old male and female adolescents. *European Physical Education Review*, 8(1), 37-13.
- Dosil, J. Y Días, O. (2002). Valoración de la conducta alimentaria y de control de peso en practicantes de aeróbic. *Adolescente*, 37(146), 365-371.
- Esnaola, I. (2005). Autoconcepto físico y satisfacción corporal en mujeres adolescentes según el tipo de deporte practicado. *APUNTS. Educación Física y Deportes*, 80, 5-12.
- Folkins, C. H. y Fox, K. (2002). Physical fitness training and mental health. *American Psychologist*, 36, 373-389.
- Fox, K. R. (1998). Advances in the measurement of the physical self. En J.L Duda (Ed., *Advances in Sport and Exercise psychology measurement* (pp.295-310). Morgantown: Fitness Information Technology.
- Fox, K. R. y Corbin, C. B. (1989). The physical self Perception Profile: development and preliminary validation. *Journal of Sports an Exercise Psychology*, 11, 408-430.
- Fuentes, P. A., Gozalo, M., Vizuete, N. y Gusi, N. (2009). Factores determinantes de la inclusión de la actividad física en el proyecto de vida de las mujeres extremeñas: resultados preliminares. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. N°3(3). 477-486.
- García Ferrando, M. (2002). Estructura social de la práctica deportiva. En García Ferrando, M.; Puig, N; Lagardera, F (comps.). *Sociología del Deporte* (2ªed. Actualizada). Madrid: Alianza Editorial, 43-68.

- García Ferrando, M. (2005). "Encuesta sobre hábitos deportivos de los españoles". Patrocinio del Consejo Superior de Deportes y Realización del Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Gergen, K. J. (1984). Theory of the self. Impasse and evolution. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp.49-115). New York: Academic Press.
- Gismero, E. (2001). Evaluación del autoconcepto, la satisfacción con el propio cuerpo y las habilidades sociales en la anorexia y la bulimia nerviosa. *Clínica y salud*, 12 (3), 289-304.
- González, M. C. y Tourón, J. (1992). Autoconocimiento y rendimiento escolar. Sus implicaciones en la motivación y en la autorregulación del aprendizaje. Barañain: Ediciones Universidad de Navarra, S.A. (EUNSA).
- Goñi, A., Rodríguez, F. y Ruiz de Azúa, G. (2004). Bienestar psicológico y autoconcepto físico en la adolescencia y juventud. *Psiquis*, 25 (4), 17-27.
- Goñi, A. y Rodríguez, F. (2004). Trastornos de conducta alimentaria, práctica deportiva y autoconcepto físico en adolescentes. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32 (1).
- Goñi, A., Ruiz de Azúa G. y Rodríguez F. (2004). Deporte y autoconcepto físico en la preadolescencia. *Apunts. Educación Física y Deportes*, 88, 18-24.
- Goñi, A., Ruiz de Azúa G. y Rodríguez F. (2006). Cuestionario de autoconcepto físico (CAF). Manual. Madrid: EOS.
- Goñi, A. y Zulaika, L.M. (2000). La participación en el deporte escolar y el autoconcepto en escolares de 10/11 años de la provincia de Guipúzcoa. *Apunts. Educación Física y Deportes*, (59): 6-10.
- Goñi, E. y Fernández, A. (2009). El autoconcepto. El autoconcepto físico, psicología y educación. Pirámide, Madrid.
- Gusi, N., Prieto, J., Madruga, M. (2006). Actividad física deportiva para la salud. Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud 3. Consejería de Sanidad y Consumo - Junta de Extremadura. Mérida.

- Hargreaves, J. (1993). Promesas y problemas en el ocio y los deportes femeninos. En Barbero, J.I. *Materiales de sociología del deporte*. Madrid: La piqueta.
- Harter, S. (1978). Effectance motivation reconsidered: Toward a developmental model. *Human Development*, 21, 34-64.
- Harter, S. (1983). Developmental perspectives on the self-system. En P. H. Mussen (Ed.) *Handbook of child psychology*, 4 (pp.275-385). New York: Wiley.
- Harter, S. (1985). *Manual for the Self-Perception Profile for Children (Revision of the Perceived Competence Scale for Children)*. Denver, CO: University of Denver.
- Hayes, S. D., Crocker, P. R. y Kowalski, K. (1999). Gender differences in physical self-perceptions, global self-esteem and physical activity: evaluation of physical self perception profile model. *Journal of Sport Behavior*, 22(1), 1-14.
- Henderson, J., Hall, M. y Lipton, H. (1980). Changing self destructive behaviors. En: G. Stone, F. Cohen y N. Adler (Eds.), *Health psychology* (pp. 25-43). San Francisco: Jossey Bass.
- Herdman, M., Badia, X. y Serra, S. (2001). El EuroQol-5D: Una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Cuestionarios en Atención Primaria*. Aten Primaria 2001. 15 octubre. 28 (6): 425-429. España.
- Hernández, J. L. (1994). *Análisis de las estructuras del juego deportivo*. Barcelona: INDE.
- Infante, G., Rodríguez, A. y Goñi, E. (2007). Autoconcepto físico y práctica deportiva en edad adulta. En J. Castellano y O. Usabiaga (Eds.), *Investigación en la Actividad Física y el Deporte II* (pp. 389-407). Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Infante, G. y Zulaika, L. M. (2009). *Actividad física y autoconcepto físico. El autoconcepto físico, psicología y educación*. Pirámide, Madrid.
- James, W. (1890). *Principles of psychology*. London: E.B.
- Kowalski, N.P., Crocker, P. R. E. y Kowalski, K. (2001). Physical self and physical activity relationship in college women: Does social physique anxiety moderate effects? *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 72(1), 55-62.

- Lindwall, M y Hassmen, P. (2004). The role of exercise and gender for physical self-perceptions and importance ratings Swedish university students. *Scandinavian Journal of Secience and Sports*, 14, 373-380.
- Lindwall, M. y Lindgren, E.C. (2005). The effes of a 6 month exercise intervention programme on physical self-perceptions and social physique anxiety in non-physically active adolescent Swedish girls. *Psychology of Sport and Exercise*, 6, 643-685.
- Martínez, J.M., Vázquez, B., Graupera, J.L., Jiménez-Beatty, J.E., Alfaro, E., Hernández, M. y Avelino, D. (2005). Estudio sobre la actividad física y deportiva de las mujeres de Madrid: hábitos, demandas y barreras. Ed.: Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía. Dirección General de Igualdad de Oportunidades. Ayuntamiento de Madrid.
- Marsh, H.W (1989). Age and sex effects in multiple dimensión of self-concept: preadolescence to early adulthood. *Journal of Educational Psychology*, 81, 417-430.
- Marsh, H. W. y Shavelson, R. J. (1985). Self concept: Its multifaceted, hierarchical structure. *Educational Psychologist*, 20, 107-123.
- Marsh, H. W. y Peart, N. D. (1988). Competitive and cooperative physical fitness training programs for girls: Effects on physical fitness and multidimensional self-concepts. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 10, 390-407.
- Martínez del Castillo, J. (Dir.), Vázquez, B.; Graupera, J.L.; Jiménez-Beatty, J.E.; Alfaro, E.; Hernández Vázquez, M.; Avelino, D. (2005). Plan Integral para la actividad física y el deporte.
- Marx, R. W. y Winne, P. H. (1978). Construct interpretations of three self- concept inventories. *American Educational Research Journal*, 15 (1), 99-109.
- McAuley, E., Blissmer, B., Katula, J., Duncan, T. E., y Mihalko, S. L. (2000). Physical activity, selfesteem, and self-efficacy relationships in older adults: A randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 22, 131-139.
- McDowell, I. y Newell, C. (1987). *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Moreno, J. A., Cervelló, E. y Moreno, R. (2008). Importancia de la práctica físicodeportiva y del género en el autoconcepto físico de los 9 a los 23 años. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 171-183.

- Mosquera, M^a. J. y Puig, N. (2002). Género y edad en el deporte. En GARCÍA Ferrando, M.; Puig, N.; Lagardera, F. (comps.), *Sociología Del DEporte* (2ª edición actualizada), Madrid: Alianza Editorial, 99-132.
- Nutbeam, D., Aaro, L.E., & Catford, J. (1989). Understanding children's health behaviour: The implications for health promotion for young people. *Social Sciences and Medicine*.
- Organización Mundial de la Salud (1994). *Physical activity in older people*. Ginebra: O.M.S.
- Parlebás, P. (1981). *Contribution à un lexique commenté en science de l'action motrice*. París INSEP.
- Pope, H. G., Phillips, K.A. y Olivardia, R. (2000). *The Adonis Complex: the secret crisis of male body obsession*. New York: The Free Press.
- Puig, N. (2001). La situación de la mujer en el deporte al iniciarse el siglo XXI. En Latiesa, M. et al. *Deporte y cambio social en el umbral del siglo XXI*. Madrid: Aeisad-Esteban Sanz, Vol II, 67-80.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, New Jersey: Princeton University.
- Ruiz de Azúa, S., Goñi, A. y Madariaga, J. M. (2009). *Diferencias en el autoconcepto asociadas a la edad y al género. El autoconcepto físico, psicología y educación*. Pirámide, Madrid.
- Ruiz de Azúa, S., Goñi, A., Rodríguez, A. y Fernández, A. (2005). *Tipo de deporte practicado y autoconcepto físico*. www.shее-ivef.com.
- Ruiz de Azúa, S., Rodríguez, A. y Goñi, A. (2005). Variables socioculturales en la construcción del autoconcepto físico. *Cultura y Educación*, 17(3), 225-238.
- Saavedra, J.M., Pino, J., Caro, B., Escalante, Y. y Durán, M.J. (2006). *Relación entre la condición física y la salud en mujeres de núcleos rurales*. Sevilla: Wanceulen.
- Sallaeras, L. Y Serra, L. (1991). *Actividad física y salud*. En G. Piédrola y cols. (EDs.), *Medicina preventiva y salud pública* (pp. 963-972). Barcelona: Salvat.

- Sonstroem, R. J., Harlow, L. L. y Josephs, L. (1994). Exercise and self esteem: validity of model expansion and exercise associations. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 16, 29-42.
- Sonstroem, R. J. y Morgan, W. P. (1989). Exercise and self esteem: Rational and model. *Medicine and Science in Sport and Exercise*, 21, 329-336.
- Shalvenson, R. J., Hubner, J.J. y Stanton, J. C. (1976). Self concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407-441.
- Taylor, A. H. y Fox, K. R. (2005). Effectiveness of a primary care exercise referral intervention for changing physical self-perceptions over 9 months. *Health Psychology*, 24(1), 11-21.
- Torres, S., Durán, M.J., Agúndez, F. y Saavedra, J.M. (2005). Mejora de la condición física saludable a través de un programa de acondicionamiento físico en el medio acuático de muy corta duración. En: M. L. Zagalaz (Ed.), *Actas I Congreso Internacional y XXIII Nacional de Educación Física*. Jaén: Universidad de Jaén.
- Umberson, D. y Hughes, M. (1987). The impact of physical attractiveness on achievement and psychological well-being. *Social Psychology Quarterly*, 50, 227-236.
- Ütsün, T.B., Chatterji, S., Villanueva, M., Bendib, L., Sadana, R., Valentine, N., Mathers, C.D., Ortiz, J., Tandon, A., Salomon, J., Yang, C., Xie Wan, J. y Murray, C.J.L. (2001). WHO multi-country household survey study on health and responsiveness, 2000-2001. Ginebra: O.M.S.
- Vázquez, B. *Mujeres y actividades físico-deportivas (Investigaciones en Ciencias del Deporte, nº 35)*, Madrid: Consejo Superior de Deportes.
- Welk, J. G. y Eklund, B. (2005). Validation of the children and youth physical self-perception profile for young children, *Psychology of Sport and Exercise* 6 pp. 51– 65.
- Wylie, R. C. (1979). *The self. Concept, Volume 2: Theory and research on selected topics*. Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Zulaika, L. M. (2006). 25 razones para practicar deporte. Beneficios psicológicos, sociales y valores educativos. San Sebastián: Gertu.

ANEXOS



ANEXO I

Universidad de Extremadura

Facultad de Ciencias del Deporte

Laboratorio de Psicología del Deporte

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este documento es informarle y solicitar su colaboración, para un estudio que se está realizando en el Laboratorio de Psicología de la Facultad de Ciencias del Deporte de la Universidad de Extremadura.

Este estudio será controlado por un equipo de personas adecuadamente cualificadas y tituladas. Este proyecto tendrá como propósito fundamental analizar algunas características de la actividad física y el papel que juega dentro de nuestra vida.

Los cuestionarios se cumplimentarán de forma voluntaria y anónima, siendo su duración aproximadamente de 20 minutos.

Todos los datos obtenidos a partir de estas pruebas son totalmente confidenciales y serán analizados de forma colectiva. Sólo usted y el equipo investigador tendrán acceso a los mismos, estando protegidos contra cualquier uso indebido.

En todo momento será libre para dejar de contestar alguna pregunta si lo cree conveniente. No obstante, sería aconsejable que pudiera contestarlas todas, ya que de esta manera se obtendría la máxima información.

Tras la lectura del presente documento, acepto participar voluntariamente realizando las pruebas requeridas para la investigación en la que participaré.

Nombre y Apellidos: _____

DNI: TLF:

Cáceres a de de 2009

Firma: _____



Universidad de Extremadura

Facultad de Ciencias del Deporte

Laboratorio de Psicología del Deporte

ANEXO II

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO EN CENTROS DEPORTIVOS

El propósito de este documento es informarle y solicitar la colaboración del centro deportivo, para un estudio que se está realizando en el Laboratorio de Psicología de la Facultad de Ciencias del Deporte de la Universidad de Extremadura.

Este estudio será controlado por un equipo de personas adecuadamente cualificadas y tituladas. Este proyecto tendrá como propósito fundamental analizar algunas características de la actividad física, el papel que juega dentro de nuestra vida y su efecto en la permanencia de éstas actividades.

Los cuestionarios a cumplimentar se harán de forma voluntaria y sin ningún tipo de coste para sus clientes. Los cuales serán aplicados por los profesionales anteriormente mencionados.

Todos los datos obtenidos de estas pruebas son totalmente confidenciales y serán analizados y publicados anónimamente. Sólo el equipo investigador tendrá acceso a los mismos, estando protegidos contra cualquier uso indebido.

Tras la lectura del presente documento, acepto voluntariamente que éste centro participe en la investigación.

Nombre del centro: _____

Responsable del centro: _____

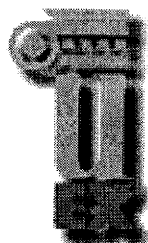
Cáceres a de de 2009

Firma: _____

ANEXO III



CUESTIONARIO DE ACTIVIDAD FÍSICA Y CALIDAD DE VIDA



DNI (solo los últimos 5 dígitos):

Inicial de su Nombre y Apellido: -

Fecha: - 2009

Fecha de nacimiento: -- Edad:

Peso: Talla: Teléfono:

Sede, Asociación o Gimnasio al que pertenece:

I.- Por favor, lea atentamente las preguntas y responda sin prisa, marque con una X la o las casillas según corresponda en su situación.

1. Estado civil:

• Casada ☐ • Soltera ☐ • Viuda ☐ • Separada ☐ • Divorciada ☐

2. Nivel de estudios alcanzados:

Sin estudios		FP Grado superior	
Primaria / EGB		Diplomatura	
Secundaria / ESO		Licenciatura	
Bachillerato / BUP		Doctorado	
FP Grado medio			

3. ¿Qué actividad (es) físico-deportiva realiza?

4. ¿Con qué frecuencia realiza sus actividades físico-deportivas por semana y horas?

Ejemplo de respuesta: 3 veces por semana, 2 horas cada día

5. Aproximadamente ¿Cuánto se gasta en ésta actividad mensualmente?

• Nada		• Entre 30,01 y 42 €	
• Menos de 6 €		• Entre 42,01 y 60 €	
• Entre 6,01 y 18 €		• Mas de 60,01 €	
• Entre 18,01 y 30 €			

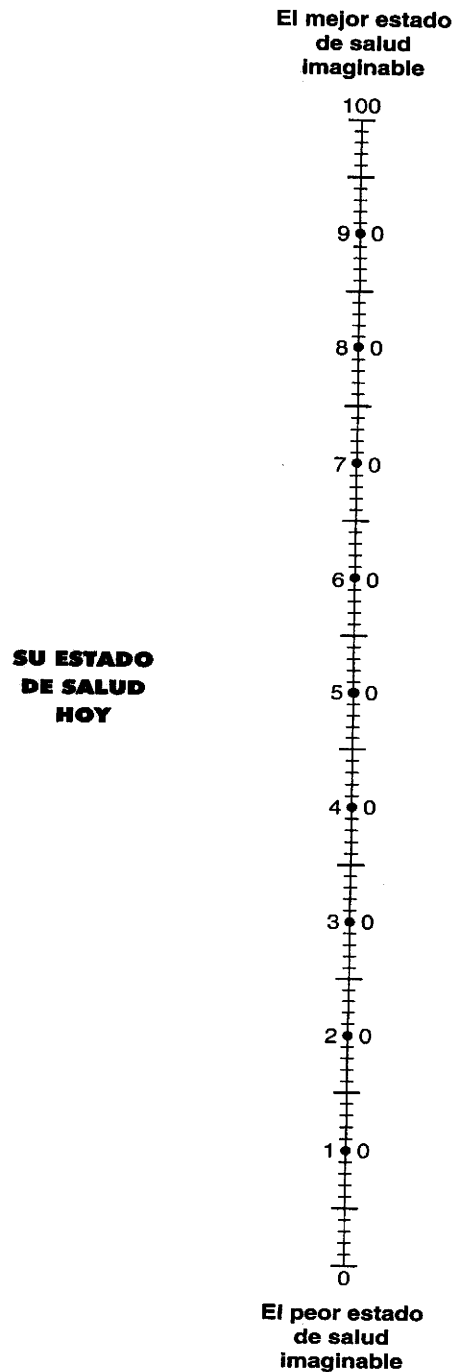
6. ¿Cuidas tu salud? • Sí ☐ • No ☐

7. Desde tú punto de vista ¿De qué forma cuidas tu salud?

• 1: Con frecuencia • 2: Algunas veces • 3: Nunca

• Fumo	1	2	3
• Cuido mis horas de sueño	1	2	3
• Cuido mi alimentación	1	2	3

8. Para ayudar a la gente a describir su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un **100 el mejor estado de salud** que pueda imaginarse y con un **0 el peor estado de salud** que pueda imaginarse. Nos gustaría que nos indicara a través de esta escala su opinión de lo bueno o lo malo que es su estado de salud en el día de hoy, **dibujando una línea que una desde la frase " Su estado de salud hoy" Hasta la numeración en el termómetro que represente su estado de salud.**



II. En este cuestionario encontrarás afirmaciones sobre sentimientos e ideas que las personas solemos tener de nosotros mismos. Por favor señala con una cruz (X) el número que mejor representa tu opinión, según el siguiente criterio.

Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
1	2	3	4	5

AFIRMACIONES**RESPUESTAS**

1. Soy buena en los deportes.	1	2	3	4	5
2. Tengo mucha resistencia física.	1	2	3	4	5
3. Tengo más fuerza que la mayoría de la gente de mi edad.	1	2	3	4	5
4. Físicamente me siento bien.	1	2	3	4	5
5. Me siento a disgusto conmigo misma.	1	2	3	4	5
6. No tengo cualidades para los deportes.	1	2	3	4	5
7. Me quedo pronto sin aliento y tengo que bajar el ritmo o abandonar en los ejercicios físicos intensos.	1	2	3	4	5
8. Me cuesta tener un buen aspecto físico.	1	2	3	4	5
9. Me cuesta levantar tanto peso como los demás.	1	2	3	4	5
10. Me siento feliz.	1	2	3	4	5
11. Estoy en buena forma física.	1	2	3	4	5
12. Me siento contenta con mi imagen corporal.	1	2	3	4	5
13. Soy capaz de realizar actividades que exigen fuerza.	1	2	3	4	5
14. En lo físico me siento satisfecha conmigo misma.	1	2	3	4	5

15. No me gusta lo que estoy haciendo con mi vida.	1	2	3	4	5
16. Soy de las personas que están descontentas de cómo son físicamente.	1	2	3	4	5
17. Tengo más habilidades que la gente de mi edad practicando deporte.	1	2	3	4	5
18. Puedo correr y hacer ejercicio durante mucho tiempo sin cansarme.	1	2	3	4	5
19. Siento confianza en cuanto a la imagen física que transmito.	1	2	3	4	5
20. Destaco en actividades en las que precisa fuerza física.	1	2	3	4	5
21. Mi cuerpo me transmite sensaciones positivas.	1	2	3	4	5
22. Desearía ser diferente.	1	2	3	4	5
23. Soy de las personas que les cuesta aprender un deporte nuevo.	1	2	3	4	5
24. En actividades como la de correr, tengo que tomar pronto un descanso.	1	2	3	4	5
25. No me gusta mi imagen corporal.	1	2	3	4	5
26. No me siento a gusto conmigo misma en lo físico.	1	2	3	4	5
27. Estoy haciendo bien las cosas.	1	2	3	4	5
28. Practicando deportes soy una persona hábil.	1	2	3	4	5
29. Tengo mucha energía física.	1	2	3	4	5
30. Soy guapa.	1	2	3	4	5
31. Soy fuerte.	1	2	3	4	5
32. No tengo demasiadas cualidades como persona.	1	2	3	4	5
33. Me veo torpe en las actividades deportivas.	1	2	3	4	5
34. Me gusta mi cara y mi cuerpo.	1	2	3	4	5
35. No me veo en el grupo de quienes tienen mucha fuerza física.	1	2	3	4	5

36. Físicamente me siento peor que los demás.	1	2	3	4	5
37. En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de mi ideal.	1	2	3	4	5
38. Las condiciones de mi vida son excelentes.	1	2	3	4	5
39. Estoy satisfecho con mi vida.	1	2	3	4	5
40. Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes en la vida.	1	2	3	4	5
41. Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada de mi vida.	1	2	3	4	5

ANEXO IV

PROTOCOLO DE APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE AUTOCONCEPTO FÍSICO (CAF)

INSTRUCCIONES GENERALES

El cuestionario se puede cumplimentar tanto en grupo como individualmente, habiéndose de garantizar en el primer caso que cada persona lo conteste sin comentar las respuestas con el resto de las compañeras.

Las condiciones tanto para la aplicación individual como para la grupal han de ser las mismas:

- Procurar eliminar las distracciones externas y ruidos que desconcentren a los sujetos. (dentro de lo posible)
- Sería conveniente la aplicación de la prueba cuando el sujeto no esté fatigado ni cansado, por ejemplo a media mañana. (dentro de lo posible)
- El profesional que se encarga de la aplicación de la prueba debe estar presente durante la cumplimentación de ésta por si surge alguna duda. En caso de que, por motivos insalvables, no pueda estar presente el profesional se intentarán resolver las dudas que puedan surgir en el momento anterior de la entrega del cuestionario. (En nuestro caso siempre tendrá que haber un encargado durante la cumplimentación de la prueba).
- El personal encargado de la cumplimentación de la prueba dará unas instrucciones específicas antes del comienzo de ésta; serán lo más claras y precisas posibles para evitar las preguntas en el desarrollo de la prueba, las cuales pueden crear molestias.
- Si surgiera alguna duda a lo largo del desarrollo de la prueba se resolverá individualmente, con el fin de no distraer al resto de examinados.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

Se repartirán los cuadernillos que contiene el cuestionario y, una vez repartidos, el examinador explicará la forma de cumplimentarlo:

- Se les pedirá que no rellenen ninguno de los datos de la última hoja del cuadernillo, pues ésta está destinada exclusivamente al examinador. (dependiendo del formato que le demos al cuestionario)
- Lo más conveniente es que, una vez recibido el cuestionario, se rellenen los datos que se piden en la primera hoja, como son el género, la fecha de nacimiento, fecha en la que se hace el examen, el colegio y el grupo. (en la parte que dice colegio poner el nombre del gimnasio o a la asociación que pertenecen).
- Una vez rellenos los datos de referencia, el examinador insistirá en lo siguiente diciendo:

“En las siguientes páginas encontrareis afirmaciones sobre sentimientos e ideas que las personas solemos tener. Recuerda que este cuestionario no tiene respuestas malas ni buenas por lo que es mejor que contestes la respuesta que más se acerque a tu forma de ser o de pensar. No es necesario pensar mucho acerca de las frases sino que es mejor contestar lo primero que te venga a la mente. Es muy importante que no dejes preguntas sin contestar y que no contestes dos veces a la misma pregunta, por eso es conveniente, una vez finalizada la cumplimentación repasarlo.”

Al abrir el cuestionario es conveniente leer dos preguntas en voz alta para que los sujetos entiendan mejor cómo hay que contestarlas:

Tras la frase *“Tengo mas fuerza que la mayoría de la gente de mi edad”* se pondrá una **X** o se encerrará en un círculo en la casilla que mejor corresponda con la valoración que el sujeto tenga de sí mismo en esa dimensión. El sujeto marcará la casilla “falso” cuando considere que no tiene más *fuerza* que los de su edad y “verdadero” si se ve con mayor *fuerza* que la mayoría.

Otro ejemplo, en esta ocasión de una frase redactada de forma negativa: *“No tengo cualidades para los deportes”*. Se marcará con una X o se encerrará con un círculo la casilla que mejor corresponda con la valoración que el sujeto tenga de sí mismo en esta dimensión, eligiendo la de “falso” quien se considere con cualidades para los deportes y la de “verdadero” quien piensa que no tiene cualidades.

ANEXO V

Puntuaciones directas en percentiles en la muestra global de mujeres.

(Goñi,Ruiz de Azúa y Rodríguez 2006)

PUNTUACIONES DIRECTAS							
Percentil	Habilidad	Condición Física	Atractivo Físico	Fuerza	Autoconcepto Físico General	Autoconcepto General	Percentil
99	30	30	30	29-30	30	30	99
97	29	29	-	27-28	-	-	97
95	28	28	29	25-26	-	-	95
93	27	27-26	28	24	-	-	93
90	-	25	-	23	29	29	90
85	25-26	24	26-27	22	28	28	85
80	-	23	-	21	27	-	80
75	23-24	22	25	20	26	26	75
70	-	21	24	19	25	26	70
65	22	20	23	18	24	-	65
60	-	19	22	-	-	-	60
55	21	-	-	17	23	25	55
50	20	18	21	16	22	24	50
45	-	17	20	-	-	23	45
40	19	-	19	-	21	-	40
35	18	16	18	15	20	22	35
30	-	15	-	-	19	21	30
25	17	14	17	14	18	20	25
20	16	13	15-16	13	17	18-19	20
15	15	12	14	12	16	16-17	15
13	14	-	-	11	15	-	13
10	13	11	11-13	10	14	14-15	10
7	12	10	-	-	12-13	12-13	7
5	10-11	9	10	9	10-11	11	5
3	8-9	8	8-9	8	8-9	9-10	3
1	6-7	6-7	6-7	6-7	6-7	6-8	1
N	736	736	736	736	736	736	N
Media	19,33	16,89	21,29	17,08	22,40	24,59	Media
SD	4,868	5,005	4,986	4,821	4,982	3,924	SD