



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE EDUCACIÓN DE SEGOVIA

GRADO EN EDUCACIÓN PRIMARIA, MENCIÓN DE EDUCACIÓN FÍSICA

TRABAJO FIN DE GRADO

*SALUD MENTAL Y ACTIVIDAD FÍSICA: ANÁLISIS CORRELACIONAL Y COMPARATIVO
DE UNA MUESTRA DE ALUMNOS DE EDUCACIÓN PRIMARIA.*



Autor: Alba Herranz Isabel.

Tutor académico: Cristina Martín Pérez.

RESUMEN:

En los últimos años se ha producido un notable incremento en el número de casos asociados diversos problemas de salud mental (principalmente, trastornos ansioso-depresivos y los trastornos de la conducta alimentaria) en la población infanto-juvenil. En paralelo, la tendencia al sedentarismo y la inactividad física en niños y jóvenes es cada vez más frecuente. Para ofrecer una respuesta efectiva a esta doble problemática, varios profesionales de la docencia y la salud han abogado por la práctica de actividad física como medio para la prevención y el tratamiento de los trastornos psicológicos. El trabajo que se verá desarrollado en las siguientes líneas tiene como objetivo analizar la relación existente entre algunos de los principales factores relacionados con la salud mental (autoestima, autoeficacia, imagen corporal y autocuidado) en la población infanto-juvenil, así como al estudio de su relación con los niveles de actividad física. Se realizó un estudio transversal, correlacional y comparativo, con una muestra formada por 50 alumnos escolarizados en un centro educativo de la provincia de Segovia. Los instrumentos aplicados fueron la Escala Multifactorial de Autoeficacia Infantil (EMA-I), el cuestionario para la evaluación de los niveles de actividad física (APALQ), el cuestionario de la forma corporal (BSQ), el cuestionario para evaluar las prácticas de autocuidado en niños y adolescentes (CASPO) y una versión adaptada del Test de Rosenberg para medir el nivel de autoestima. Con los resultados obtenidos, se ha verificado el vínculo existente entre las variables de autoestima, autoeficacia y satisfacción corporal, así como el efecto positivo que produce la Actividad Física en el desarrollo de uno de los factores asociados a una salud mental positiva: la autoeficacia. Las conclusiones extraídas de la investigación pretenden servir como sustento teórico para incentivar la Educación Emocional y la praxis de Actividad Física en el ámbito escolar y social, contribuyendo de este modo a una mejora en el bienestar físico y mental del conjunto de la ciudadanía.

Palabras clave: Ansiedad, depresión, trastorno de la conducta alimentaria, actividad física, Educación Emocional, Educación Primaria.

ABSTRACT:

In recent years there has been a notable increase in the number of cases associated with various mental health problems (mainly anxious-depressive disorders and eating disorders) in the child and adolescent population. In parallel, the tendency to sedentary lifestyle and physical inactivity in children and young people is becoming more frequent. In order to offer an effective response to this double problem, several teaching and health professionals have advocated the practice of physical activity as a means for the prevention and treatment of psychological disorders. The work that will be developed in the following lines aims to analyze the relationship between some of the main factors related to mental health (self-esteem, self-efficacy, body image and self-care) in the child and adolescent population, as well as the study of its relationship with physical activity levels. A cross-sectional, correlational and comparative study was carried out, with a sample made up of 50 students enrolled in an educational center in the province of Segovia. The instruments applied were the Multifactorial Child Self-efficacy Scale (EMA-I), the questionnaire for the evaluation of physical activity levels (APALQ), the body shape questionnaire (BSQ), the questionnaire to evaluate self-care practices in children and adolescents (CAS PQ) and an adapted version of the Rosenberg Test to measure the level of self-esteem. With the results obtained, the link between the variables of self-esteem, self-efficacy and body satisfaction has been verified, as well as the positive effect produced by Physical Activity in the development of one of the factors associated with positive mental health: self-efficacy. The conclusions drawn from the research are intended to serve as theoretical support to encourage Emotional Education and the practice of Physical Activity in the school and social sphere, thus contributing to an improvement in the physical and mental well-being of all citizens.

Keywords: Anxiety, depression, eating disorders, physical activity, Emotional Education, Primary Education.

ÍNDICE

1. Introducción	1
2. Justificación del tema escogido	2
3. Objetivos	3
3.1 <i>Objetivo general</i>	3
3.2 <i>Objetivos específicos</i>	3
4. Fundamentación teórica	4
4.1 <i>Aproximación a las patologías psíquicas prevalentes en la etapa infanto-juvenil</i>	5
4.1.1 ¿Qué es la ansiedad?	5
4.1.1.1 La ansiedad en niños y adolescentes	6
4.1.2 ¿Qué es la depresión?	7
4.1.2.1 La depresión en niños y adolescentes	7
4.1.3 ¿Qué son los trastornos de la conducta alimentaria?	8
4.1.3.1 Los trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes	10
4.1.4. Comorbilidad	12
4.2 <i>Factores implicados en el desarrollo de los trastornos de ansiedad, depresión y de la conducta alimentaria</i>	12
4.2.1. Autoconcepto y autoestima	12
4.2.2. Imagen corporal	14
4.2.3. Autoeficacia	15
4.2.4. Autocuidado	15
4.3 <i>La Actividad Física como herramienta reforzadora de la autoestima, imagen corporal, autoeficacia y autocuidado</i>	16
4.3.1 El papel de los sistemas educativos como difusores de la actividad física	18
5 Metodología	19
5.1 <i>Participantes</i>	19
5.2 <i>Medidas</i>	19
5.2.1 La Escala Multifactorial de Autoeficacia Infantil (EMA-i)	19
5.2.2 Test de Rosenberg	20
5.2.3 Cuestionario para evaluar las prácticas de autocuidado en niños y adolescentes [Child and Adolescent Self-Care Performance Questionnaire (CASPO)]	20
5.2.4 Cuestionario de la forma corporal [Body Shape Questionnaire (BSQ)]	20
5.2.5 Cuestionario para la evaluación de los niveles de actividad física [Assessment of Physical Activity Levels Questionnaire (APALQ)]	21
5.3 <i>Procedimiento</i>	21
5.4 <i>Diseño</i>	22
5.5 <i>Análisis</i>	23
5.5.1 Análisis descriptivo	23

5.5.2 Análisis correlacional	23
5.5.3 Análisis comparativo.....	24
6. Resultados.....	24
7. Discusión.....	26
8. Referencias	33
9. Anexos.....	40

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	6
Tabla 2	8
Tabla 3	9
Tabla 4	10
Tabla 5	12
Tabla 6	23
Tabla 7	24

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.....	22
---------------	----

1. Introducción

El presente Trabajo de Fin de Grado surge de la preocupación por los altos niveles de incidencia de graves patologías psíquicas, como son la ansiedad, la depresión y los trastornos de la conducta alimentaria, en la población infanto-juvenil. Éste fue el motor que puso en marcha la búsqueda de herramientas y medios que, desde el ámbito educativo, posibilitasen paliar y prevenir las graves consecuencias que se asocian a dichos trastornos.

En un primer momento, se revisó la bibliografía teórica y científica asociada a las características globales de dichos trastornos y se localizaron los factores comunes de mayor incidencia en ellos: autoestima/autoconcepto, imagen corporal, autoeficacia y autocuidado. Por otro lado, se analizó la literatura científica relacionada con la influencia de la Actividad Física en dichos factores y el efecto positivo que ésta ejerce en la psique y la physis humana.

Una vez analizada y comprendida la información teórica, se inició un proceso de investigación que pretendió estudiar las relaciones existentes entre las variables asociadas a una salud mental positiva y equilibrada, y el vínculo que se establece entre las mismas con el nivel de actividad física.

Tras estudiar a tres grupos de 4º, 5º y 6º curso de Educación Primaria durante tres semanas, se analizaron los resultados mediante análisis correlacionales y comparativos, y se obtuvieron una serie de conclusiones.

Este trabajo pretende mostrar, mediante un estudio de evidencia empírica, la intensa relación que existe entre las variables asociadas a una salud mental positiva, y el potencial de la Actividad Física como instrumento de tratamiento y prevención de alteraciones psicoafectivas en la etapa de Educación Primaria.

Con las conclusiones obtenidas se pretende incentivar el desarrollo de intervenciones didácticas basadas en la Educación Emocional y en la práctica de ejercicio físico para responder a las necesidades actuales del alumnado y favorecer a su íntegro desarrollo.

2. Justificación del tema escogido

El conjunto de cambios producidos en las primeras décadas del siglo XXI, unidos a las consecuencias de la pandemia del Covid-19, han configurado un nuevo marco social y una ciudadanía caracterizada por la inestabilidad psicológica y la inactividad física. La Base de Datos Clínicos de Atención Primaria registró en el año 2019 una prevalencia global de los trastornos mentales de un 27,4%. (Subdirección General de Información Sanitaria, 2021). Por su parte, el Repositorio de Observación de la Organización Mundial de la Salud puso de manifiesto un déficit de actividad física global, con una tasa de prevalencia del 31,1% (García-Hermoso et al., 2022). Si focalizamos la atención en la población infanto-juvenil encontramos unas cifras aún más preocupantes. En lo relacionado con las patologías psíquicas, encontramos una prevalencia global del 20 % en trastornos de ansiedad (Sánchez y Cohen, 2020), del 20% en trastornos depresivos (Sánchez y Cohen, 2020) y del 2,7% en trastornos de la conducta alimentaria (Subdirección General de Información Sanitaria, 2021).

Dichos trastornos se encuentran altamente relacionados con desequilibrios en la autoestima, la imagen corporal, la autoeficacia y el autocuidado. Como resulta evidente, el correcto desarrollo de estos factores pertenecientes a la psique humana, será determinante para el bienestar mental y físico del individuo.

Teniendo todo esto en cuenta, es conveniente indagar en las posibles herramientas a emplear para velar por la correcta evolución de los factores previamente mencionados, así como para prevenir y paliar los posibles perjuicios derivados de los trastornos mentales prevalentes.

Ante esta situación, encontramos en el movimiento y la Actividad Física (en adelante AF), un medio protector y promotor del equilibrio psíquico. La investigación empírica (Aznar y Román, 2022; Kinoshita, et al. 1995; Sacheli et al., 2019; Wooten y Cardon, 1973; etc.) ha puesto de manifiesto el gran potencial del movimiento para paliar las manifestaciones de las patologías mentales anteriormente comentadas, así como para su prevención. Además, como es evidente, la práctica de AF recurrente contribuye a la adherencia a un estilo de vida activo y saludable. A todo ello ha de sumársele el resto de beneficios motrices, cognitivos, afectivos, sociales, etc. que de su praxis derivan.

Siendo conscientes de esta información, ciertos organismos internacionales de gran relevancia como la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), han planteado a las entidades

gubernamentales de todo el mundo una serie de propuestas que se marcan como objetivo la divulgación y difusión social de la práctica de AF (OMS, 2020).

Para permitir el tránsito de la teoría a la praxis, de lo utópico a lo real, los sistemas educativos de todo el mundo han de asumir con responsabilidad la labor de reformular sus estructuras y generar nuevas propuestas que logren poner solución a la doble problemática social que representan los trastornos psicológicos y la conducta sedentaria. Solo mediante la generación de nuevas alternativas didácticas se podrá dar respuesta a las nuevas necesidades sociales.

Rescatando las ideas de Dewey (citado en Reina, 2002), ha de plantearse un proceso educativo basado en la “reorganización, reconstrucción y transformación continuas”, pues, “ni el organismo ni el ambiente son entes estáticos, fijos. Vida es dinamismo, movimiento, cambio” (p.8).

En conclusión, es competencia de los profesionales de la educación llevar a la práctica aquellas intervenciones que contribuyan a la erradicación de las problemáticas sociales prioritarias, poniendo a disposición de todos los discentes las herramientas necesarias para alcanzar un estado de bienestar global que permita el desarrollo integral.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

El trabajo que se desarrolla en las siguientes líneas se plantea como objetivo fundamental analizar las relaciones existentes entre los factores asociados a un buen nivel de salud mental y comparar el grado de desarrollo de estas variables en grupos diferenciados por el nivel de actividad física.

3.2 Objetivos específicos

1. Estimar el nivel de autoestima, percepción de la imagen corporal, autoeficacia y autocuidado en niños y adolescentes.
2. Analizar la relación entre autoestima, imagen corporal, autoeficacia y autocuidado en niños y adolescentes.
3. Analizar la relación de las anteriores variables en dos grupos diferenciados por el nivel de Actividad Física.

4. Estudiar los efectos que la praxis de AF tiene en la autoestima, el autocuidado, la autoeficacia y una imagen corporal realista y sana mediante análisis comparativos entre grupos.
5. Ofrecer evidencias empíricas que ensalcen el valor y el alto potencial del movimiento como fuente de disfrute, evolución y bienestar.
6. Contribuir desde el ámbito educativo a la búsqueda de nuevos recursos y herramientas que posibiliten la prevención y el tratamiento de las patologías psíquicas prevalentes en la etapa infanto-juvenil.

4. Fundamentación teórica

El escenario que se presta ante nuestros ojos, complejo, dinámico y diverso, está derivando en un comportamiento generalizado frenético que permita dar respuesta a las nuevas exigencias sociales. Unido a ello, los medios de comunicación lanzan continuamente modelos de referencia cada vez más inaccesibles para un gran sector de la población, lo que perjudica la valoración personal individual, provocando sensación de frustración, incapacidad e inadaptabilidad (Dubet, 2020). Un factor determinante a tener en cuenta en el contexto ha de ser el gran impacto que la pandemia del Covid-19 ha tenido a nivel multidimensional (Broche-Pérez et al., 2021).

Este marco contextual ha influido en los niveles de bienestar de buena parte de la población. La Base de Datos Clínicos de Atención Primaria, encontró una prevalencia global de problemas de salud mental del 27,4% dentro de una muestra de 4,8 millones de individuos (Subdirección General de Información Sanitaria, 2021). Dichos datos pusieron en evidencia el predominio generalizado de 21 trastornos psicológicos que afectan de manera global (Subdirección General de Información Sanitaria, 2021).

En lo que respecta a la población infanto-juvenil, el trastorno ansioso, el trastorno depresivo y el trastorno de la conducta alimentaria, se presentan como las patologías psíquicas más preocupantes del momento, debido a su alto grado de prevalencia e impacto en el estado de bienestar de niños y jóvenes (Vallejo y Zuleta, 2019).

En España, las consecuencias para la salud mental de la pandemia de la enfermedad por coronavirus 19 (COVID-19) se están poniendo de manifiesto con el aumento de la

demanda de los recursos públicos de la red de salud mental Infanto-Juvenil. (Patricio del Castillo et al., 2021, p.10)

Para poner solución a la situación, conviene investigar la naturaleza, la lógica interna, las manifestaciones y las causas de estos trastornos. Es una necesidad imperante comprender el elemento al que pretendemos hacer frente para ofrecer instrumentos efectivos que eviten la perpetuación de estos diagnósticos, y permitan reestablecer el equilibrio psíquico de niños y adolescentes.

4.1 Aproximación a las patologías psíquicas prevalentes en la etapa infanto-juvenil

4.1.1 ¿Qué es la ansiedad?

Barlow (citado en Clark, 2012) define la ansiedad como aquella emoción provocada por “las percepciones de incontrolabilidad e impredecibilidad con respecto a sucesos potencialmente aversivos” (p.22).

En el momento que una amenaza es percibida, el hipotálamo lanza una señal al organismo que implica la liberación de dos hormonas, la adrenalina y la más importante: el cortisol (Rojas-Estapé, 2018). Gracias al cortisol, no solo aseguramos la supervivencia, sino que en pequeñas dosis incluso aumenta los niveles del rendimiento. Sin embargo, teniendo en cuenta el hecho de que el cerebro no es capaz de distinguir las amenazas reales de las irreales (con origen en el pensamiento), el estado ansioso puede presentarse en numerosas ocasiones, e incluso llegar a cronificarse (Rojas-Estapé, 2018).

Este estado sostenido en el tiempo deriva en síntomas perjudiciales para el bienestar y la salud: deterioro del sistema inmunológico, respiratorio y cardíaco, tensión muscular, cefaleas, insomnio, aumento de riesgo de infarto, muerte súbita, angina de pecho, hipertensión, diabetes, dificultad de atención y razonamiento, problemas de memoria, desequilibrio emocional, percepción distorsionada de la realidad, etc. (Acosta et al., 2010; García, 2009; González, 2010.; Higuera et al., 2022; Sánchez y Cohen, 2020).

4.1.1.1 La ansiedad en niños y adolescentes.

Los trastornos de ansiedad son una de las psicopatologías predominantes en niños y adolescentes, presentando una prevalencia que oscila entre el 10% y el 20%. Estos trastornos tienen su inicio en la infancia y la adolescencia y son “progresivos, persistentes y crónicos” (Sánchez y Cohen, 2020, p.16).

Siendo el miedo y las preocupaciones elementos normales dentro del desarrollo humano, y en especial en la etapa infantil, su persistencia y su desproporcionalidad con respecto a la realidad contribuyen a la aparición de ansiedad crónica (Sánchez y Cohen, 2020). Ésta puede manifestarse a través de un amplio abanico de síntomas que varían enormemente en función de la edad, el nivel de desarrollo y las características individuales de cada individuo (siendo la inhibición una respuesta bastante generalizada) (Sánchez y Cohen, 2020). A rasgos generales, pueden aparecer manifestaciones sintomáticas de tipo (Tabla 1).

Tabla 1

Sintomatología del trastorno ansioso en niños y jóvenes

Neurovegetativo/somático	Cognitivo	Conductual
Sudoración, taquicardia, hiperventilación, muscular, vómitos, abdominal, cefaleas, fatiga etc.	Pensamientos negativos/rumiantes, frustraciones, preocupaciones, memoria, atención y concentración etc.	Irritabilidad, rabietas, llanto, miedos desobediencia, miedos sociales etc.

Nota. Elaboración propia, basado en Sánchez y Cohen (2020).

Especialmente en la etapa de la adolescencia debutan como síntomas (Sánchez y Cohen, 2020, p.17):

- La “despersonalización”: aparece una sensación de extrañeza en la propiocepción.
- La “desrealización”: el mundo real se percibe como inexistente.

Su sintomatología en muchas ocasiones se vincula con los cambios propios de la etapa, lo que deriva en un tratamiento que reduce la afección a los síntomas físicos. En este sentido es

importante tener en cuenta que en muchas ocasiones “los trastornos somatomorfos, el dolor abdominal y los dolores crónicos sin patología física identificable, se asocian hasta un 20% con un trastorno de ansiedad comórbido” (Sánchez y Cohen, 2020, p.17). Ello conlleva que en muchas ocasiones sean infradiagnosticados y no tratados. Este hecho acentúa la necesidad de prevención y detección temprana, pues solo de este modo será posible reducir el impacto de la patología en la adolescencia y la vida adulta de los afectados, mejorando sus condiciones en el ámbito académico, social y psico-afectivo.

4.1.2 ¿Qué es la depresión?

La depresión se refiere a un trastorno psíquico que provoca alteraciones en el estado de ánimo relacionados con la apatía o la tristeza, a menudo se ve precedido o acompañado de la ansiedad y está caracterizado por una sensación de inhibición, vacío y desinterés (García, 2009). Todas estas condiciones afectan directamente a la capacidad funcional global del individuo.

Aunque la influencia del contexto individual y las características del afectado hacen enormemente difícil la tarea de localizar un único foco causal, han sido varios los especialistas que han investigado la naturaleza del trastorno depresivo desde diferentes perspectivas y campos del saber. Para más detalles, ver la Tabla 1S en el Anexo I.

4.1.2.1 La depresión en niños y adolescentes.

La patología depresiva es una de las enfermedades con mayor prevalencia en la infancia y la adolescencia: al menos un 20% de los jóvenes de 18 años han padecido un episodio depresivo de relevancia clínica (Sánchez y Cohen, 2020). Al margen de la evidente influencia negativa que la depresión ejerce en el rendimiento académico-funcional, el normo-desarrollo y el ámbito social, ésta se vincula con abuso de sustancias, agresividad, trastornos de la conducta alimentaria y trastorno bipolar, además de ser una de las causas de suicidio predominantes en adolescentes (Sánchez y Cohen, 2020). Cabe destacar que se trata de un trastorno que presenta una prevalencia que oscila entre el 0,5 y el 2% en preadolescentes, y que se agrava con la edad (Sánchez y Cohen, 2020).

Sin embargo, dado que en muchas ocasiones la sintomatología se asocia con los cambios hormonales y conductuales propios de la etapa, existe un alto nivel de infradiagnóstico (García,

2009). A estas dificultades en el diagnóstico se le suma el hecho de que muchos niños y adolescentes presentan grandes deficiencias en la comunicación y expresión emocional. Todo esto pone en evidencia la necesidad de invertir esfuerzos en su detección e intervención temprana.

La sintomatología propia de la depresión en la etapa escolar y en la adolescencia se asocia con la dimensión física, cognitiva, conductual, social y afectiva del individuo (Tabla 2).

Tabla 2

Sintomatología del trastorno depresivo en niños y adolescentes.

NIVEL FÍSICO	NIVEL COGNITIVO	NIVEL CONDUCTUAL	NIVEL SOCIAL	NIVEL AFECTIVO
Alteraciones en el apetito y el sueño, manifestaciones somáticas, aumento o descenso de peso, etc.	Alteración de las funciones cognitivas, pensamientos negativos o recurrentes (en muchas ocasiones relacionados con la muerte), etc.	Juegos violentos, agresividad, irritabilidad, intranquilidad o quietud motriz, comportamientos autodestructivos, etc.	Empobrecimiento de las relaciones con familia e iguales, conductas disociales, evitación de situaciones lúdicas o que impliquen interacción social, búsqueda del estado de soledad, etc.	Alteración del estado anímico-emocional, desesperanza, apatía, de anhedonia, tristeza, desmotivación, baja autoestima etc.

Nota. Elaboración propia, basado en García (2009) y Sánchez y Cohen (2020).

4.1.3 ¿Qué son los trastornos de la conducta alimentaria?

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) hacen referencia al “grupo de trastornos psiquiátricos caracterizados por una alteración definida del patrón de ingesta o de la conducta sobre un control del peso, que supone de un deterioro físico y psicosocial” (Patricio et al., 2021, p.10). Se trata de un conjunto de alteraciones psíquicas cuya causalidad se encuentra asociada

a un amplio abanico de factores (biológicos, sociales, psicológicos, conductuales, perceptivos, etc.), por lo que presentan un elevado nivel de complejidad que hace necesario un tratamiento individualizado, multidisciplinar y holístico. El elevado grado de prevalencia, unido a su tendencia a la cronificación y a la comorbilidad, los convierten en un problema de alta relevancia para la salud pública (OMS, 1992, citado en López y Treasure, 2011).

La taxonomía científica (Patricio del Castillo et al., 2021) agrupa los trastornos en tres categorías diferentes: Anorexia nerviosa (AN), Bulimia nerviosa (BN) y Trastornos Alimentarios No Especificados (TANE), una categoría residual que incluye a los TCA que no cumplen con todos los criterios de las categorías anteriores. Las consecuencias de estos trastornos se vinculan con un deterioro a nivel físico, cognitivo, psicológico y socio-conductual (Tabla 3).

Tabla 3

Sintomatología general de los TCA.

Nivel Físico	Nivel Cognitivo	Nivel Psicológico	Nivel Conductual
Problemas cardiovasculares, gastrointestinales, pulmonares, renales, endocrinos, óseos, aparato reproductor etc.	Disfunción cognitiva (memoria, atención...) Disminución del volumen cerebral. Convulsiones. Encefalopatías.	Problemas de autoestima. Ansiedad. Depresión. Trastorno obsesivo compulsivo. Trastorno de personalidad múltiple/límite.	Aislamiento/ansiedad social. Conflictos interpersonales. Conducta evitativa. Autoagresiones. Intentos de suicidio.
Retardo o detención del desarrollo. Amenorrea. Deshidratación/desnutrición.			

Deterioro del sistema
inmune.

Aumento niveles de
cortisol.

Muerte

Nota. Elaboración propia, basado en López y Treasure (2011), Ramos et al. (2003) y Ekstrand y Roca Villanueva (2011).

4.1.3.1 Los trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes.

Los TCA en la actualidad tienen una prevalencia del 5% (López y Treasure, 2011), en la población infanto-juvenil. La OMS los considera una de las enfermedades mentales de mayor prioridad por los riesgos que implican para el desarrollo de niños y adolescentes.

Recientes investigaciones (Patricio del Castillo et al., 2021) estiman una prevalencia del 1% para la AN y un 2-4% para la BN, siendo estos diagnósticos predominantes entre las mujeres jóvenes. Por su parte, los TANE se sitúan en torno al 5-10% de la población, con escasa diferencia entre sexos. En lo referente a la edad de comienzo, la AN suele presentarse al inicio de la pubertad, en torno a los 13 años de edad, mientras que la BN aparece aproximadamente a los 17 años de edad (Sevillá, 2000).

Su diagnóstico temprano es complejo debido al desconocimiento de la gravedad del trastorno, a la ausencia de motivación hacia la recuperación y a la dificultad existente para diferenciar la sintomatología de las características propias de la pubertad. Es por ello que desde edades tempranas es necesario conocer los factores asociados a la aparición de los TCA y sus posibles manifestaciones conductuales (Tabla 4).

Tabla 4*Antecedentes causales y manifestaciones conductuales de los TCA.*

ANTECEDENTES CAUSALES	MANIFESTACIONES CONDUCTUALES
Alto nivel de exigencia/presión del entorno en lo que se refiere a la apariencia física.	Restricción en la ingesta alimentaria, dietas estrictas, ayunos...
Baja autoestima, insatisfacción respecto a la imagen corporal y alto nivel de autocrítica.	Medidas purgativas (vómitos, laxantes, diuréticos...)
Traumas infantiles, dinámicas familiares disfuncionales.	Ejercicio físico compulsivo y extremo.
Antecedentes de obesidad u otras patologías psíquicas (ansiedad /depresión...).	Actitud negativa ante la comida, percibiendo la ingesta como una obligación/castigo y no como una necesidad.
Perfeccionismo, miedo al fracaso, intolerancia al error o al incumplimiento de expectativas.	Desregulación emocional, impulsividad, irritabilidad. A ello se une un estado de apatía, disforia y fatiga emocional y física.
Inestabilidad emocional.	Sentimiento de culpa, ansiedad o vergüenza.
Conflictos interpersonales.	Continuas mediciones o comprobaciones del peso y la imagen corporal.

Nota. Elaboración propia, basado en Paricio del Castillo et al. (2021), Ramos et al. (2003), Sevillá (2000), Ekstrand y Roca (2011) y López y Treasure (2011).

Cabe destacar en este punto la gran influencia que en la actualidad ejercen los medios de comunicación social (MCS), entendiendo éstos como el conjunto de aplicaciones digitales que permiten el intercambio y la creación de contenido. Los modelos que aparecen en los MCS contribuyen a la configuración de modelos de referencia irreales, lo que agrava la sensación de insatisfacción continua. Unido a ello, durante y tras la pandemia del Covid-19, se ha popularizado la difusión de dietas o rutinas de ejercicio teóricamente saludables e incluso el uso de aplicaciones que permiten contabilizar el consumo calórico. El consumo excesivo de este tipo de contenido puede predisponer o agravar los síntomas del TCA (Patricio del Castillo et al., 2021).

En suma, los pacientes de este trastorno emiten un juicio de la valía personal basado en su imagen corporal, configurando como consecuencia un estilo de vida centrado en su preocupación por dicha imagen, pudiendo llegar incluso a incorporar comportamientos que perjudican gravemente su bienestar físico, emocional y social.

4.1.4. Comorbilidad.

Las investigaciones han puesto en evidencia el alto grado de comorbilidad que existe entre ellos:

- En los TCA la ansiedad se convierte en la emoción predominante y los afectados experimentan depresión y tristeza.
- “Los adolescentes con TANE han mostrado mayores tasas de depresión (...) con consecuencias psicológicas graves” (López y Treasure, 2011, p.89).
- “La comorbilidad entre ansiedad y depresión es uno de los fenómenos más frecuentes en la psicopatología del niño y del adolescente” (Angold et al., 2010, p.613). La coexistencia de ambos trastornos deriva en un aumento en la gravedad de los síntomas y en la dificultad del tratamiento.

Este alto grado de interconexión pone en evidencia la existencia de factores comunes en su aparición y cronificación: 1) autovaloración negativa; 2) bajas expectativas; 3) carencias en el autocuidado 4) distorsión de la imagen corporal (Acosta et al., 2010; Arenas-Monreal et al., 2011; Contreras et al., 2005; Jaramillo,1999; Vaquero Cristóbal, et al.,2013). A ello se une la circunstancia contextual individual, que en la mayoría de las ocasiones se presenta conflictiva y compleja por causas de muy diversa índole.

4.2 Factores implicados en el desarrollo de los trastornos de ansiedad, depresión y de la conducta alimentaria

4.2.1. Autoconcepto y autoestima.

El término autoconcepto hace referencia a una realidad psíquica relacionada con los aspectos cognitivos y perceptivos que cada persona posee en relación al propio yo. La autoestima, por su parte, hace referencia a la valoración individual del autoconcepto y a la actitud resultante de dicha evaluación (Roa García, 2017). Ambas construcciones humanas, debido a su gran

complejidad, permiten la distinción de una serie de componentes estrechamente interconectados que las conforman (Tabla 5).

Tabla 5

Componentes del autoconcepto y la autoestima.

COMPONENTES AUTOCONCEPTO		COMPONENTES AUTOESTIMA	
Físico	Percepción apariencia y capacidades físicas.	Cognitivos	Conocimientos, ideas, creencias u opiniones sobre uno mismo basadas en el análisis de la información procedente de los mecanismos de percepción
Académico	Percepción habilidades cognitivas o intelectuales		
Social	Percepción habilidades socialización, adaptación y aceptación.	Afectivos	Respuesta emotiva y sensible que surge de la autoevaluación y el grado de aceptación. Puede ser positiva o negativa.
Personal	Percepción de autonomía, responsabilidad y autocontrol.		
Emocional	Percepción de autoconfianza, equilibrio emocional y seguridad	Conductuales	Actitudes o comportamientos consecuentes de la autovaloración orientados a la aceptación, el reconocimiento y el respeto.

Nota. Elaboración propia, basado en Roa García (2017).

Ambos términos son en muchas ocasiones utilizados arbitrariamente por considerarse sinónimos, sin embargo, existe un factor diferencial importante: mientras que el autoconcepto posee un carácter objetivo (cómo me percibo), en la autoestima priman aspectos valorativos y afectivos (cómo me siento respecto a lo que soy). Pese a no ser equivalentes, están altamente

interrelacionados, pudiendo llegar a afirmarse que son realidades complementarias (Roa García, 2017). Es por ello que poseen una relación directamente proporcional: a mayor nivel de autoconcepto, mayor autoestima y viceversa.

Ninguno de estos elementos es innato, sino que se caracterizan por ser dinámicos y modificables. Su constitución incluye aspectos internos y externos al individuo, por lo que las experiencias y la información procedente del entorno serán determinantes en su desarrollo.

El hecho de que posean un gran nivel de influencia en el desarrollo vital, la conducta hacia uno mismo y el entorno, y el bienestar psicológico, pone en evidencia la necesidad de invertir esfuerzos en elaborar un autoconcepto y autoestima sanos. Esto implica “una valoración objetiva y realista de nosotros mismos, aceptándonos tal como somos y desarrollando sentimientos positivos hacia nosotros mismos” (Roa, 2017, p.246).

4.2.2. Imagen corporal.

Estrechamente vinculada a los conceptos de autoconcepto y autoestima, encontramos la imagen corporal, la cual se define como la representación mental que cada persona realiza de sí misma. Se encuentra altamente influida por el modo en el que la propia persona se percibe (incluyendo variables cognitivas, afectivas y emocionales) y por los modelos de referencia propios de la sociedad y la cultura en la que se desarrolla (Vaquero Cristobal et al., 2013). La preocupación en torno a la propia imagen es inherente al ser humano, y se acentúa especialmente en la infancia y la adolescencia, pues es el período en el que se plantean las expectativas que se pretenden alcanzar en el futuro. El hecho de que no se trate de una valoración objetiva hace posible que se configure de un modo alterado, pudiendo quedar determinada por juicios valorativos negativos o basados en percepciones irreales. A pesar de tratarse de una preocupación natural, en nuestros días está alcanzando unos niveles desproporcionados (Vaquero Cristobal et al., 2013).

Hoy predomina un ideal de belleza orientado a la delgadez, que se ve reforzado por los mensajes difundidos a través de los medios y las redes sociales. Este bombardeo constante de exigencias y requisitos físicos ha elevado los niveles de insatisfacción con respecto a la imagen corporal de los jóvenes a un 50% (Vaquero Cristobal et al., 2013), siendo más frecuente en el género

femenino por estar “más influenciadas por los modelos estéticos corporales” (Vaquero-Cristóbal et al., 2013, p.29).

Altos niveles de distorsión e insatisfacción corporal conllevan una serie de pensamientos y actitudes perjudiciales para bienestar del individuo (bajos niveles de autoestima, autoconcepto, autoeficacia...) pudiendo llegar a contribuir a la aparición de trastornos ansioso-depresivos, obsesivo-compulsivos y alimentarios (Acosta et al., 2010; Ramos, et al., 2003; Vaquero Cristóbal, et al.,2013).

4.2.3. Autoeficacia.

Según Bandura (citado en Contreras et al., 2005), entendemos por autoeficacia a la “capacidad percibida de hacer frente a situaciones específicas” (p.186). Su constitución se fundamenta en las experiencias de dominio (logros anteriores), las experiencias delegadas (efectos de las acciones ajenas), la influencia del entorno (respuestas externas que refuerzan de un modo positivo o negativo la autoeficacia) y las emociones experimentadas (estado emocional vivido en la acción) (Contreras et al., 2005). Cabe hacer hincapié en la importancia que cobran las experiencias en la configuración de las creencias, pues, siguiendo con las afirmaciones de Zeldin (citado en Contreras et al., 2005), actúan “a manera de filtro entre los logros anteriores y la conducta posterior” (p.186). De ello se deduce la importancia que posee para el desarrollo vital la obtención de experiencias de logro.

La percepción de la autoeficacia determinará en gran medida la elección de metas, los comportamientos o acciones necesarios para su alcance y el nivel de motivación, rendimiento y esfuerzo involucrados (Contreras et al., 2005). Una autoeficacia funcional es aquella que sobrepasa ligeramente las capacidades reales, asegurando el esfuerzo y evitando la frustración.

Una percepción de la autoeficacia sana favorece al bienestar y el equilibrio psíquico, reforzando la motivación, la autoestima, el autoconcepto, etc. Además, los estudios ponen en evidencia su relación inversa con los niveles de ansiedad (Contreras et al., 2005), actuando como agente protector ante la aparición de patologías psíquicas asociadas al estado ansioso.

4.2.4. Autocuidado

En términos generales, el autocuidado hace referencia al conjunto de acciones llevadas a cabo por el individuo orientadas al mantenimiento de la salud y a la prevención de daños. Incluyen

hábitos relacionados con la nutrición, la Actividad Física, el equilibrio afectivo-emocional, etc. Estos actos según Giddens (citado en Arenas-Monreal et al., 2011) pueden ser intencionales (llevadas a cabo sin previa reflexión), o deliberadas (ejecutadas de manera consciente en pos de un objetivo determinado). Los hábitos de autocuidado surgen de factores relacionados con el instinto natural de supervivencia y los constructos culturales asociados al modo de entender el estado de salud.

Rodríguez (citado en Valenzuela, 2016) concibe la salud como “el nivel más alto posible de bienestar físico, psicológico, social y capacidad funcional que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad” (p.53). El mismo autor matiza el concepto recalando que no es el antónimo de enfermedad y enfatizando su carácter dinámico. Obviando el papel de las instituciones públicas, es responsabilidad del individuo efectuar las acciones pertinentes de autocuidado para el mantenimiento y promoción del bienestar.

El correcto desarrollo de la autoestima, la autoafirmación y el autorreconocimiento son elementos fundamentales para conseguir una adherencia al autocuidado (Arenas-Monreal, et al., 2011).

4.3 La Actividad Física como herramienta reforzadora de la autoestima, imagen corporal, autoeficacia y autocuidado

La importancia del movimiento y la AF para el bienestar físico y mental ha sido una idea defendida desde los tiempos de los grandes pensadores clásicos como Aristóteles (Tomporowski et al., 2008, citado en Ruiz-Ariza et al., 2021). La estrecha relación mente-cuerpo que la tradición filosófica viene defendiendo desde sus orígenes ha sido verificada empíricamente.

Según la OMS, en nuestros días el sedentarismo puede ser considerado un “problema de salud pública y uno de los principales factores de riesgo de mortalidad a nivel mundial” (Guerra et al., 2022, pp. 2). Los estudios indican que en el caso de la población infanto-juvenil, solo un 10% del tiempo es dedicado a la AF (Vicente-Rodríguez et al., 2016, citado en Ruiz-Ariza et al., 2021), cifra que continúa disminuyendo progresivamente. No es difícil percibir la relación directamente proporcional que se establece entre vida activa y bienestar global.

Siendo conscientes de ello, las recientes investigaciones, siguiendo con los planteamientos de los pensadores clásicos, han puesto en evidencia los múltiples beneficios que los hábitos de vida activa proporcionan a la salud en todas sus facetas. Además de la evidente aportación de la AF al bienestar físico en lo que se relaciona con la salud cardiovascular, metabólica, ósea y un largo etcétera, se ha puesto de manifiesto la importancia del papel del movimiento en la salud psicosocial (Aznar Laín y Román, 2022; Gutiérrez et al., 2012; Kinoshita, 1991; Márquez, 1995; Ruíz-Araiza et al., 2021; Sacheli, et al., 2019; Wooten y Cardon, 1973).

Márquez (1995), recoge de manera sintética el conjunto de beneficios que aporta la práctica de AF, de entre los cuáles podemos destacar:

- Un aumento del “locus interno de control”, los niveles de confianza, autocontrol, equilibrio emocional, satisfacción con la imagen corporal y eficiencia.
- Un descenso de las sensaciones de cólera, confusión, tensión, hostilidad, fobias y comportamiento psicótico.

La misma autora enfatiza la importancia de la adherencia a la práctica para garantizar dichos beneficios, lo que acentúa la necesidad de crear hábitos que incluyan la AF en la rutina diaria.

Varios estudios (Kinoshita, et al., 1991; Sacheli, et al., 2019; Wooten y Cardon, 1973) confirman que la aportación de la AF al equilibrio psíquico es una realidad biológica que se produciría por el efecto positivo que ésta tiene para el sistema dopaminérgico. Por un lado, la segregación de dopamina mejora los mecanismos de motivación, recompensa y anímicos, y por otro, contrarresta las sensaciones asociadas a la ansiedad y el estrés.

A continuación, se presentan algunos programas de intervención en salud mental basados en la AF, los cuales ratifican el potencial del ejercicio y el movimiento como herramienta de prevención y tratamiento psicológico, así como sus efectos positivos en el bienestar global.

Martinsen (1994, citado en Herrera-Gutiérrez et al., 2012), a través de la revisión de estudios basados en intervenciones con pacientes depresivos y psicóticos, ha puesto de manifiesto el potencial del movimiento en el tratamiento de estas patologías.

La intervención psicoeducacional a estudiantes con patología alimentaria de O’Brian y LeBow (2007, citado en Aznar y Román, 2022), centrada en la difusión de la AF y los hábitos saludables supuso una mejora en la sintomatología de las participantes.

El programa centrado en la AF “Girls on the Go”, revisado por Hirsch y Blomsquit (2020, citado en Aznar y Román, 2022), orientado a alumnas de Educación Primaria y Secundaria, supuso una mejora de los hábitos alimentarios, la autoestima, la autoeficacia y la imagen corporal.

A modo de conclusión, podemos afirmar que la AF se presenta como herramienta inhibitoria y preventiva de las patologías psíquicas, sin dejar de lado los múltiples beneficios que aporta a nivel biofisiológico y social.

4.3.1 El papel de los sistemas educativos como difusores de la actividad física.

Ante los resultados obtenidos mediante el estudio empírico, las instituciones gubernamentales y organismos internacionales están invirtiendo esfuerzos en difundir la praxis de AF desde etapas tempranas, en aras de combatir y prevenir las graves patologías físicas y psíquicas de nuestro tiempo.

La OMS compartió en el año 2020 (OMS, 2020) una guía para paliar los efectos del sedentarismo en la que recomendaba la realización de 60 minutos de AF moderada-vigorosa al día y tres días de entrenamiento de fuerza muscular.

Unido a ello, profesionales de la docencia y el deporte como Valenzuela Contreras (2016), abogan por la inclusión de dichas directrices en los programas educativos nacionales, depositando en el área de Educación Física (en adelante EF) la responsabilidad de actuar de manera coherente a los objetivos relativos al saneamiento de la población y a la prevención de futuras patologías asociadas a la inactividad física.

En lo relativo a la intervención didáctica desde la EF, Valenzuela Contreras (2016) propone:

- Incrementar la intensidad y la duración de las sesiones de EF para fomentar la adherencia y la continuidad de la práctica de AF.
- Promover la formación especializada en la didáctica y pedagogía del deporte.
- Garantizar la inclusión de todo el alumnado.
- Promover el análisis reflexivo en torno a la actitud ante la conducta saludable, prestando atención a aspectos relacionados con el ejercicio, la nutrición, el descanso, comportamientos perjudiciales para la salud, etc.

Tras la revisión de la literatura científica, y teniendo en cuenta las necesidades de la sociedad actual, es competencia del conjunto de la comunidad y de los profesionales de la docencia invertir esfuerzos en elaborar programas centrados en la AF de calidad que permitan el desarrollo armónico y el bienestar físico y psicológico de las generaciones venideras.

La presente investigación tiene dos hipótesis principales y espera encontrar (1) una relación directa entre todas variables objeto de estudio y (2) diferencias significativas entre los valores de estas variables al comparar a dos grupos de niños, unos físicamente activos y otros relativamente sedentarios.

5 Metodología

5.1 Participantes

Con la intención de analizar las variables objeto de estudio en una población semejante a la que se presenta en la literatura teórico-científica que sustenta la presente investigación, la selección de la muestra estuvo determinada por la edad de los participantes. Así pues, la muestra está formada por 50 niños y niñas (28 chicos, 56%; y 22 chicas, 44% de la muestra total) de entre 9 y 12 años (la media de edad es de 10.66 años, con una desviación típica de 0.89), escolarizados en un centro ubicado en la capital de la provincia de Segovia. Para los análisis comparativos que se explican más adelante, los participantes serán divididos en dos grupos (actividad física ligera y actividad física intensa) en función de su puntuación en el cuestionario APALQ (ver 5.2.5 para una información más detallada).

5.2 Medidas

Para acometer la medición de las variables (autoestima, imagen corporal, autoeficacia y autocuidado) y el nivel de AF de los participantes, se emplearon diferentes instrumentos, todos ellos de libre acceso. Las herramientas empleadas se describen a continuación.

5.2.1 La Escala Multifactorial de Autoeficacia Infantil (EMA-i).

La EMA-i permite determinar la percepción de autoeficacia en niños de 9 a 13 años, con relación al ámbito académico, social y deportivo. Dicha escala de autoinforme consta de 18 ítems (6 de cada ámbito), formulados en forma de afirmaciones que describen comportamientos. Presenta un formato de respuesta de tipo Likert con tres opciones: Sí, Más o menos y No. La aplicación de este instrumento se justifica con la sencillez de su aplicación, realización y corrección. Para el análisis de datos se empleará la puntuación total obtenida en

el cuestionario. Debido a la forma de corrección del test, la puntuación habrá de interpretarse de manera inversa, es decir, a mayor puntuación, menor autoeficacia.

5.2.2 Test de Rosenberg.

La escala de autoestima de Rosenberg es el instrumento psicométrico más empleado en la evaluación de la autoestima dentro del ámbito clínico y en la investigación debido a la calidad de sus propiedades. El cuestionario consta de 10 preguntas puntuables de 1 a 4 puntos, las cuales determinan el grado de autosatisfacción y autovaloración. El rango de puntuación oscila entre 10 y 40 puntos.

Dado que esta escala se destina a la población adulta, se ha optado por emplear una versión modificada de la misma. Esta adaptación de la prueba, validada por estudios anteriores (Wood et al., 2021), es aplicable en individuos de entre 7 y 12 años de edad. En el Anexo II se encuentra el cuestionario adaptado, traducido al castellano y de libre acceso. En el proceso de análisis se empleará la puntuación total obtenida. Debido a la forma de corrección de la prueba, la interpretación de las puntuaciones será inversa, esto es, a mayor puntuación, menor nivel de autoestima.

5.2.3 Cuestionario para evaluar las prácticas de autocuidado en niños y adolescentes [Child and Adolescent Self-Care Performance Questionnaire (CAS PQ)]

El CAS PQ pretende evaluar las prácticas de autocuidado de niños y niñas de entre 9 y 18 años. Es un cuestionario autoadministrable con un formato de respuesta de tipo Likert de cinco puntos: (1) nunca, (2) casi nunca, (3) alguna vez, (4) casi siempre y (5) siempre. Consta de 35 ítems/preguntas cerradas divididas en tres secciones que miden las prácticas de autocuidado universales (1ª sección, 20 ítems), las prácticas de autocuidado de desarrollo (2ª sección, 10 ítems) y las prácticas de autocuidado en caso de desviación de la salud (3ª sección, 5 ítems). El rango de puntuación oscila entre 35 y 175, y se relaciona de manera directa con el nivel de autocuidado. Para el análisis de datos se hará uso de la puntuación total obtenida en el cuestionario.

5.2.4 Cuestionario de imagen corporal [Body Shape Questionnaire (BSQ)]

El BSQ, o cuestionario de la forma corporal, se dirige a la evaluación del grado de insatisfacción corporal. Estudios previos consideran apropiada su aplicación en individuos mayores de 10 años (Barrios, Morillas y Santana, 2021). Consta de 34 ítems relacionados con la imagen corporal, presenta un formato de respuesta de tipo Likert que va de 1 (Nunca) a 6 (Siempre) y

un rango de puntuación total que oscila entre 34 y 204. Dentro de las puntuaciones obtenidas, los baremos muestran cuatro grupos diferenciados en función de la puntuación obtenida: No preocupado (<81), Leve preocupación (81 a 110), Preocupación moderada (110 a 140) y preocupación extrema (>140) (González Carrascosa, R., et al., 2013). El empleo de dicho instrumento se justifica con su gran nivel de fiabilidad (alfa de Cronbach entre 0,95 y 0,97 (Ayensa, J. et al., 2002)) y su sencillez de aplicación, corrección e interpretación. En el análisis de datos se empleará la puntuación total obtenida en el cuestionario y los baremos no se tendrán en cuenta más que para describir los valores medios de los participantes. Las puntuaciones habrán de interpretarse a la inversa, es decir, a mayor puntuación, menor nivel de satisfacción con la imagen corporal.

5.2.5 Cuestionario para la evaluación de los niveles de actividad física [Assessment of Physical Activity Levels Questionnaire (APALQ)]

El APALQ se orienta a la evaluación de los niveles de AF. Investigaciones anteriores consideran apropiado su empleo en individuos de entre 9 y 18 años (Martínez-Lemos, et al., 2016). Está compuesto de 5 ítems/ preguntas y presenta un formato de respuesta tipo Likert que va de 1 a 4/5. El test engloba diferentes aspectos como el tipo de actividad, su frecuencia, su intensidad y su duración, y se considera apropiado para valorar el hábito de AF de niños y adolescentes. Las respuestas tienen carácter acumulativo, por lo que la suma de las puntuaciones proporcionará el resultado global del test. La puntuación total distingue tres grupos: Nivel sedentario (5-10 puntos), Nivel moderadamente activo (11-16 puntos) y Nivel muy activo (> 17 puntos). Las puntuaciones totales obtenidas en los cuestionarios se emplearán en el análisis de datos y servirán también para dividir la muestra en grupos diferenciados por el nivel de actividad física.

5.3 Procedimiento

Una vez determinada la muestra, a fin de obtener un instrumento de medida eficaz en lo que tiene que ver con el tiempo y los recursos disponibles en el centro, se elaboró un cuestionario haciendo uso de la plataforma digital Google Forms. Este cuestionario, dividido en seis secciones, aglutina los cinco tests dirigidos a la medición de las variables que se han explicado con anterioridad en la sección “Medidas”.

A posteriori, se redactó un consentimiento informado (ver Anexo III) en el que quedaban descritos los objetivos de la investigación y los instrumentos de medida que se aplicarán en la misma. Una vez compartidos los consentimientos con los participantes, se abrió un plazo de una semana para que éstos pudieran entregar a la investigadora el documento firmado por las

familias, legitimando así su participación el estudio. En este tiempo la investigadora atendió las dudas y cuestiones de los participantes y sus familias, ofreciendo las aclaraciones pertinentes.

En los días previos a la sesión de aplicación de los cuestionarios se formalizó la reserva de la sala de informática del centro escolar.

Una vez recabadas todas las autorizaciones de los participantes se procedió a la aplicación de los cuestionarios en tres sesiones de 45 minutos de duración. Cada una de las sesiones estuvo dirigida a un rango de edad (9-10, 10-11, 11-12) y fueron llevadas a cabo en el aula de informática del centro escolar. La investigadora estuvo presente en todo momento con la intención de proporcionar a los participantes las instrucciones necesarias para la realización del cuestionario y resolver posibles dudas. Durante todo el proceso se pretendió crear un clima de sosiego, confianza y seguridad que favoreciera a la libre expresión de los participantes. Una vez recabada la información, se procedió a la comprobación de los datos y a su codificación haciendo uso del programa informático Excel. Tras ello dio comienzo la fase de análisis de la investigación.

A continuación, se presenta un cronograma explicativo de las acciones narradas en el presente apartado.

Figura 1

Cronograma del proceso de elaboración y aplicación de los instrumentos de medida de la investigación.

ACTUACIONES ↓ / FECHAS →	MARZO (2023)			
	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4
SELECCIÓN DE LA MUESTRA				
ELABORACIÓN Y ADAPTACIÓN DE CUESTIONARIOS				
REDACCIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO				
DIFUSIÓN DE AUTORIZACIONES				
RESOLUCIÓN DE DUDAS A LAS FAMILIAS				
RECOGIDA Y COMPROBACIÓN DE CONSENTIMIENTOS				
APLICACIÓN DE LOS CUESTIONARIOS			24-mar Grupos 1 y 2	27-mar Grupo 3
COMPROBACIÓN DE CUESTIONARIOS				
CODIFICACIÓN DE DATOS (EXCEL)				
INICIO FASE ANÁLISIS				

Nota. Elaboración propia.

5.4 Diseño

La presente investigación sigue un diseño transversal comparativo.

- Será descriptiva, pues se orienta a conocer las características reales atribuibles a la muestra.
- Será transversal, porque se centrará en un límite espaciotemporal único y concreto.
- Será correlacional, ya que se analizará la relación conjunta entre variables, primero de manera global, y después dividiendo al conjunto de la muestra en dos grupos diferenciados por el nivel de actividad física.
- Será comparativo, porque la intención es obtener conclusiones a partir de la comparación de los valores que tomen las variables objeto de estudio en la muestra seleccionada.

5.5 Análisis

Para abordar la fase de análisis de la investigación se hizo uso de la última versión (2023) del programa estadístico JASP 0.17.1. Este proceso implicó el estudio descriptivo, correlacional y comparativo de las distintas variables.

La herramienta empleada para verificar la normalidad de la distribución de los datos fue el índice de Shapiro-Wilk.

El criterio aplicado para determinar el nivel de significatividad de correlación entre variables fue un valor de p igual o menor a 0.05.

5.5.1 Análisis descriptivo

En aras de sintetizar el conjunto de datos recabados en valores más sencillos y representativos de la muestra, se calcularán las medias y las desviaciones típicas de todas las variables de interés y de las edades de los participantes. Además, se hará un recuento de las frecuencias en función del sexo y el grupo de actividad física.

5.5.2 Análisis correlacional

Con intención de comprender y analizar las relaciones existentes entre las variables psicológicas objeto de estudio se procederá a realizar un estudio correlacional por medio del cálculo del coeficiente de correlación de Spearman.

Posteriormente se acometerá un análisis correlacional (Spearman) complementario de todas las variables objeto de estudio dividiendo la muestra en dos grupos diferenciados por el nivel de actividad física.

5.5.3 Análisis comparativo

Una vez comprobada la normalidad del conjunto de datos se procederá al análisis comparativo de los mismos. Para estudiar las diferencias entre los promedios de los grupos (alumnos activos físicamente (1) y alumnos relativamente inactivos (2)) y analizar las relaciones de dependencia entre las variables se aplicará la prueba de Mann Whitney.

7. Resultados

Los resultados de carácter descriptivo (medias y desviaciones típicas) de las variables estudiadas se exponen a continuación en la Tabla 6.

Tabla 6

Resultados descriptivos de la muestra completa.

Muestra (N) = 50	Media/Frecuencia	Desviación típica
Edad	10.66	0.895
Sexo	56% masculino	
Autoeficacia.	26.92	5.61
Imagen Corporal.	70.90	32.10
Autocuidado.	88.3	9.47
Autoestima.	19.16	6.45
Actividad física.	17.7	3.4

Nota. Elaboración propia. Los instrumentos de investigación aplicados requieren de una interpretación inversa de las puntuaciones (a excepción de los cuestionarios de autocuidado y de A.F), esto es que, a mayor nivel de puntuación, menor nivel de desarrollo de la variable.

Para mayor concreción en la descripción de los resultados, se presentan a continuación las puntuaciones obtenidas por cada uno de los grupos en las distintas variables analizadas. (Ver Tabla 7).

Tabla 7*Puntuaciones obtenidas diferenciadas por grupos.*

	Grupo 1 Más activos Media (Desviación típica) N=32	Grupo 2 Menos activos Media (Desviación típica) N=18
Autoeficacia.	25.65 (5.63)	29.22 (4.93)
Imagen corporal.	66.15 (32.79)	79.33 (29.86)
Autocuidado.	87.28 (10.20)	90.11 (7.94)
Autoestima.	18.5 (6.07)	20.33 (7.11)

Nota. Elaboración propia. Los instrumentos de investigación aplicados requieren de una interpretación inversa de las puntuaciones (a excepción de los cuestionarios de autocuidado y de A.F), esto es que, a mayor nivel de puntuación, menor nivel de desarrollo de la variable.

Estos resultados, teniendo en cuenta los baremos expuestos en el apartado 5.2.4 para interpretar el cuestionario de imagen corporal, revelan que ninguno de los grupos estudiados presenta niveles de insatisfacción corporal preocupantes. Sin embargo, existen diferencias intergrupales en cuanto al nivel de satisfacción con la propia imagen: el grupo de alumnos menos activos físicamente se encuentra muy próximo al límite de preocupación leve por la forma corporal, mientras que el grupo de alumnos más activos se encuentra a mayor distancia de dicho límite.

Tras comprobar que los resultados no seguían una distribución normal con la prueba Shapiro-Wilk, se llevaron a cabo análisis no paramétricos. Para acometer el análisis correlacional se procedió a relacionar por pares las variables psicológicas y de actividad física.

Los resultados más significativos que se obtuvieron tras el análisis de correlación se dieron entre las variables imagen corporal y autoeficacia ($p < 0.001$), autoestima y autoeficacia ($p=0.021$) y autoestima e imagen corporal ($p < 0.001$).

A posteriori se acometió un nuevo análisis correlacional, esta vez diferenciado por grupos de AF. En el grupo de alumnos más activos físicamente se replicaron las correlaciones encontradas en el total de la muestra (todas presentan un valor de p menor a 0.05). Sin embargo, al analizar al grupo de alumnos menos activos la correlación entre autoestima y autoeficacia desaparece ($p=0.938$).

En lo que respecta a la intensidad de las relaciones entre pares de variables, encontramos una correlación positiva moderada entre imagen corporal y autoeficacia ($\rho = 0.62$), una correlación positiva baja entre autoestima y autoeficacia ($\rho = 0.33$) y una correlación positiva moderada entre autoestima e imagen corporal ($\rho = 0.58$)

Los resultados del mismo análisis muestran que la variable de autocuidado no alcanza el umbral de significatividad, lo que pone de manifiesto la ausencia de un vínculo significativo del autocuidado con el resto de variables.

Con respecto al análisis comparativo, encontramos que existen diferencias significativas en el nivel de autoeficacia ($p=0.013$) entre el grupo de alumnos más físicamente activos (1) y el grupo de alumnos menos activos (2), siendo mayor el nivel de autoeficacia en el grupo de participantes más activos físicamente.

8. Discusión.

El proceso de análisis de los datos obtenidos en el proceso de investigación puso de manifiesto la existencia de una relación directa y significativa entre las variables autoestima, autoeficacia e imagen corporal. Sin embargo, podemos afirmar que no existe un vínculo con suficiente potencia estadística como para relacionar directamente el autocuidado con la autoestima, la imagen corporal y la autoeficacia.

El análisis de correlación diferenciado por grupos de A.F. reveló que los alumnos más activos mantenían las relaciones entre todas las variables previamente mencionadas (autoeficacia con imagen corporal, autoestima con imagen corporal y autoestima con autoeficacia), mientras que en el grupo de alumnos menos activos la relación entre autoeficacia y autoestima desapareció.

En lo relativo al análisis comparativo, en el que se contrastaron las diferencias existentes entre dos grupos diferenciados por el nivel de Actividad Física de los participantes (unos físicamente activos y otros relativamente inactivos), se encontraron diferencias significativas en la variable de autoeficacia, siendo el grupo de alumnos más activos los más autoeficaces.

La primera hipótesis planteada en el presente estudio, la cual predecía la existencia de una estrecha relación entre las variables asociadas a una salud mental positiva, ha sido parcialmente verificada con los resultados obtenidos en el análisis correlacional. Encontramos fuertes vínculos entre autoestima, autoeficacia e imagen corporal. Sin embargo, ninguna variable de las anteriores se relacionó significativamente con la variable de autocuidado. Podemos afirmar,

por lo tanto, que una valoración personal positiva derivará en una imagen corporal satisfactoria y una percepción de las propias capacidades positiva y realista.

Los resultados obtenidos en la investigación concuerdan con la evidencia empírica aportada por estudios anteriores. Por un lado, Moreno et al. (2009), encontraron una relación inversa y significativa entre la insatisfacción con la imagen corporal y la autoestima, lo que corrobora la idea de que, para lograr un nivel de satisfacción aceptable con respecto a la propia imagen, es estrictamente necesario desarrollar una autopercepción positiva. Por otro lado, una revisión sistemática de un total de 25 estudios (Nayra et al., 2022), confirmó que las intervenciones dirigidas a potenciar la autoeficacia influyen positivamente en la percepción de la propia imagen, lo que demuestra que ambas variables se relacionan directamente.

Álvarez et al. (2019) sostienen que la autoestima y la autoeficacia parten de un mismo origen, la percepción del yo, y, por este motivo, ambas realidades se encuentran directamente relacionadas. La investigación empírica (Chiva, 2017) respalda esta idea y demuestra la gran influencia que ejerce la percepción de la propia valía en las expectativas individuales.

En contra de lo esperado, los resultados no mostraron significatividad en las relaciones que se establecen entre el autocuidado y las demás variables. La causalidad de este hecho probablemente esté relacionada con el instrumento de medida empleado para el análisis del autocuidado, pues éste no fue adaptado para la edad de los participantes. Investigaciones anteriores (Urpí, 2017) verificaron la validez y la calidad de las propiedades métricas de la aplicación de una versión adaptada del CASPQ (distinta de la aplicada en la presente investigación) para el análisis de las conductas de autocuidado en niños de entre 8 y 12 años de edad. El hecho de que las preguntas formuladas en el cuestionario de autocuidado aplicado en el estudio no tuvieran en cuenta factores como la edad, el nivel de desarrollo o las circunstancias contextuales de la muestra, pudo influir en los valores de autocuidado, y, por ende, en el modo y la intensidad con la que éste se relaciona con el resto de variables.

Encontramos la segunda causa de la ausencia de relación encontrado entre el autocuidado y el resto de variables al profundizar en la conceptualización y los factores de promoción del autocuidado. Jaramillo (1999) sostiene que para asumir el autocuidado como hábito cotidiano es indispensable “desarrollar en las personas autoestima y generar niveles de fortalecimiento o empoderamiento”, así como impulsar “prácticas deliberadas de autoafirmación, autovaloración, autorreconocimiento y autoexpresión” (p.116). Teniendo en cuenta las ideas expuestas por la autora, encontramos que el vínculo que se establece entre el autocuidado y el resto de variables

analizadas no es correlacional, sino que podrían guardar una relación causal. Esto quiere decir que las cuatro variables no varían de manera conjunta, sino que los niveles de autoestima, satisfacción con la imagen corporal y autoeficacia podrían influir en el grado de desarrollo del autocuidado.

Con respecto al análisis correlacional de las variables diferenciado por grupos de AF reveló que en los participantes menos activos no existe relación entre autoestima y autoeficacia, lo que supone una desconexión entre la valoración emotiva y cognitiva que la persona formula con respecto a sí misma. A consecuencia de ello, es probable que los individuos muestren una autopercepción desequilibrada y muy fluctuante.

Por otra parte, encontramos que el grupo de alumnos más activo mantiene una correlación positiva entre la autoestima y la autoeficacia. Teniendo en cuenta el resto de resultados obtenidos en el presente estudio, podemos deducir que la práctica de AF no solo incide positivamente en la autovaloración y en las expectativas personales, sino que además fortalece el nexo que las une. La investigación previa aporta evidencias del vínculo que se establece entre autoeficacia, autoestima y participación deportiva (Bandura, 1997 y Mruk, 2006, en Juste y Amoedo, 2016)

La segunda hipótesis del presente estudio predecía diferencias significativas a la hora de comparar los niveles de autoestima, autoeficacia, autocuidado e imagen corporal de dos grupos diferenciados por el nivel de AF de los participantes, unos más activos y otros relativamente inactivos. Los resultados verificaron parcialmente dicha hipótesis, pues aun habiendo encontrado diferencias entre grupos, solo se han hallado contrastes significativos en la variable de autoeficacia.

La causalidad de este escaso nivel de contraste entre grupos posiblemente guarde relación con la inexistencia de participantes realmente sedentarios. El promedio del nivel de Actividad Física de los participantes asciende a un 17.7, lo que, siguiendo con los criterios para la interpretación del APALQ (Jurado, Llorente y Gil, 2019), significa que la muestra puede considerarse físicamente muy activa. Dado que no existen niveles de AF que puedan relacionarse con una conducta completamente sedentaria, no es posible evidenciar un contraste notable entre los valores que toman las variables al comparar a los dos grupos. De cara a futuras investigaciones, para posibilitar la realización de un estudio comparativo verdaderamente realista, convendría seleccionar una muestra que incluyera individuos con niveles de AF más polarizados.

Aun existiendo diferencias poco notables y no significativas estadísticamente, encontramos que el grupo de participantes más activos físicamente presenta un mayor nivel de desarrollo en autoestima, autoeficacia, imagen corporal y autocuidado que aquellos participantes menos activos. Ante esta realidad, podemos deducir que la realización de AF incide positivamente en las variables asociadas a al bienestar emocional. Esta idea ya había sido defendida con anterioridad por profesionales de la neurología y la psiquiatría como Alonso Puig (2020) o Rojas Estapé (2018). La investigación empírica también ha contribuido a respaldar esta idea con evidencias halladas en diferentes estudios (Aznar y Román (2022), Gutiérrez et al. (2012), Jurado, Llorente y Gil (2019) etc.).

La superioridad del grupo más activo fue más significativa en la variable de autoeficacia, lo que significa que la práctica frecuente de AF contribuye a una percepción positiva y realista de las capacidades propias. Esto concuerda con los resultados obtenidos en investigaciones anteriores (Delgado et al., 2017), en las que se demostró que los individuos que dedicaban más horas a la práctica de AF semanal presentaban una mayor predisposición en la realización de tareas escolares, mejor proyección personal de cara al futuro y una menor tendencia al conformismo.

Los resultados revelan un menor grado de significatividad en los contrastes del resto de variables analizadas, lo cual indica que los participantes activos, aun siendo más autoeficaces, no presentan una superioridad notable en los niveles de autoestima, satisfacción con la imagen corporal y autocuidado. Una de las posibles causas que podrían explicar la falta de diferencias en los ámbitos psicoafectivos previamente mencionados entre los dos grupos puede guardar relación con los perjuicios que las redes sociales y los medios de comunicación producen en la salud mental de niños y adolescentes, independientemente del nivel de actividad física. El informe anual del año 2020 sobre los hábitos digitales de los menores de Reino Unido, España y Estados Unidos (Qustodio, 2020), reveló que, por término medio, los niños de entre 4 y 15 años dedican 85 minutos diarios a Youtube y 60 minutos a los videojuegos. El dato más alarmante aportado por el estudio fue que los más pequeños solo desconectan de las redes sociales en el tiempo de sueño. Aunque estas conductas hayan sido socialmente aceptadas e incluso normalizadas, se ha demostrado empíricamente que esta hiperconectividad, unida a la constante exposición a los medios de comunicación de masas, influye negativamente en el equilibrio psíquico de los consumidores.

Ladera (2016) obtuvo evidencias de los perjuicios que las redes sociales ejercen sobre la autoestima y, en consecuencia, sobre la satisfacción corporal. El mismo autor pudo verificar

que la baja autoestima y la insatisfacción con la propia imagen se presentan como importantes factores de riesgo en el desarrollo de desórdenes alimentarios. Mamian y Mamian (2018) afirman que los medios de comunicación, aun siendo conscientes de la influencia que ejercen en los menores, asumen el autocuidado del cuerpo con burla y no otorgan la importancia necesaria a algunos aspectos básicos del mismo como pueden ser la sexualidad, el sueño, la alimentación, etc.

Cabe hacer mención en este punto que la presente investigación presenta ciertas limitaciones. En primer lugar, al no tratarse de un estudio experimental no podemos extraer relaciones directamente causales que asocien la práctica de AF con un mayor nivel de desarrollo de las variables asociadas a una salud mental positiva. En segundo lugar, dado que la procedencia de los datos empleados en el análisis tiene su origen en las respuestas de los participantes, la falta de sinceridad de los encuestados pudo haber distorsionado la validez de los resultados. A ello ha de sumársele que en el momento de aplicación de los cuestionarios la muestra se reunió en un mismo espacio, lo que pudo cohibir a los participantes e influir en la selección de las respuestas a las cuestiones planteadas. Además, la muestra seleccionada forma parte de una misma comunidad educativa y comparte el mismo contexto sociocultural, lo que entorpece la posibilidad de extrapolar los resultados a sectores más amplios de la sociedad. Finalmente, dado que el grupo de participantes presenta unos niveles de AF más que aceptables, no ha sido posible contrastar de un modo realista las diferencias que presentan los niños activos con respecto a los sedentarios en cuanto al nivel de salud psico-afectiva.

Aun contando con factores limitantes, la presente investigación ha podido ofrecer evidencias empíricas de las estrechas relaciones que se establecen entre la autoestima, el autoconcepto y la autoeficacia de los más pequeños. El vínculo directo que asocia estas variables permite afirmar que el correcto desarrollo de una de ellas derivará en una evolución positiva de las otras dos. El estudio también ha aportado evidencias del mayor nivel de desarrollo de la habilidad de autoeficacia en la población más activa físicamente, lo que pone de manifiesto el potencial de la AF como medio favorecedor del sano desarrollo infantil.

Esta investigación pretende servir como fundamento para corroborar el potencial del movimiento y la AF como herramienta preventiva y favorecedora del equilibrio mental, así como para concienciar al conjunto de la sociedad de la necesidad imperante de invertir esfuerzos y recursos en atender a las necesidades psicológicas de los más pequeños.

Siendo conocedores de la importancia que ha de otorgársele a la autoestima, la satisfacción con la propia imagen, la autoeficacia, el autocuidado y la práctica de AF, animo a las altas jerarquías a plantear medidas que favorezcan al sano desarrollo de estos factores desde el ámbito sanitario, social y educativo.

Las instituciones sanitarias, lejos de aumentar progresivamente la ingesta de antidepresivos o medicamentos similares, podrían incentivar a los pacientes a realizar ejercicio físico para paliar los síntomas asociados a los trastornos ansioso-depresivos y los TCA. Del mismo modo, convendría incrementar la inversión en recursos humanos para las áreas de psicología y psiquiatría.

Los medios de comunicación de masas y las instituciones gubernamentales (estatales, locales y municipales) deberían divulgar información relativa a las conductas apropiadas para mantener el equilibrio psíquico, así como generar propuestas que impliquen a la comunidad y contribuyan a un mayor nivel de bienestar emocional (lecturas, terapia musical/creativa, caminatas...). Las caras más reconocidas de las redes sociales, deberían asumir con consciencia y responsabilidad el potencial de influencia que poseen, y hacer un uso correcto del mismo respaldando la labor de prevención y tratamiento del equilibrio psíquico. Esto podría llevarse a cabo mediante la difusión de mensajes audiovisuales asociados a la aceptación de la propia imagen, la valoración de las capacidades, el reconocimiento de las limitaciones etc.

La Educación se presenta como una de las herramientas más potentes para contribuir a la mejora de la situación. La inclusión en los currículums de todas las etapas de la Educación Emocional serviría como mecanismo de prevención de los fatales riesgos que derivan de las patologías psíquicas. Si desde las edades más tempranas, los individuos toman consciencia de la importancia que ha de otorgársele a la Salud Mental, serán capaces de desarrollar las habilidades de inteligencia emocional necesarias para lograr una autoestima y una percepción de la imagen corporal y de las propias capacidades sana y positiva. A su vez, adquirirán hábitos de autocuidado que favorecerán a su bienestar físico, mental, cognitivo y social. Los profesionales de la docencia por su parte, si recibieran formación especializada en Inteligencia Emocional/ psicología infantil, estarían más capacitados para reconocer los puntos clave de los trastornos prevalentes en la infancia y así poder contribuir a la detección temprana de los mismos. Finalmente, convendría aumentar y enriquecer las horas lectivas dedicadas a la práctica de AF. De este modo estaríamos contribuyendo a que el alumnado genere adherencia

y gusto ante su praxis, lo que a su vez favorecerá al desarrollo de hábitos saludables que indudablemente mejorarán su calidad de vida.

El equilibrio psíquico, lejos de ser un derecho, parece en nuestros días un privilegio. Las enormes listas de espera en las consultas de psicología y psiquiatría, las desgarradoras noticias asociadas a casos de bullying o suicidios, y la creciente dependencia hacia los antidepresivos, son solo tres de las innumerables muestras que dan reflejo de las carencias que nuestra sociedad presenta a nivel psico-afectivo.

Habiendo tomado consciencia de la gravedad de las circunstancias, conocido la naturaleza de las patologías psíquicas prevalentes, y encontrado herramientas para subsanar la problemática, animo al conjunto de la comunidad a colaborar por asegurar el bienestar psíquico-emocional de la sociedad. La Salud Mental debe dejar de ser un problema de segunda categoría, en nuestras manos reside la posibilidad de invertir la situación.

9. Referencias

- Academy for Eating Disorders (2012). Reporte AED 2012: Trastornos de la conducta alimentaria: Puntos Críticos para un Reconocimiento Temprano y Manejo de Riesgos Médicos en el Cuidado de Individuos con Trastornos de la Conducta Alimentaria. Academy for Eating Disorders
- Acosta, K. R., Canals, J., Hernández-Martínez, C., Balladriga, M. C. J., Viñas, F., y Domènech-Llberia, E. (2010). Comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años. *Psicothema*, 22(4), 613-618.
- Alonso-Martínez, A. M. (s. f.). Physical Activity, Sedentary Behavior, Sleep and Self-Regulation in Spanish Preschoolers during the COVID-19 Lockdown. *International Journal of Environmental Research and Health*, 18(2), 693.
- Álvarez, D. G., Soler, M. J., y Cobo-Rendón, R. C. (2019). Bienestar psicológico en adolescentes: relaciones con autoestima, autoeficacia, malestar psicológico y síntomas depresivos. *Revista de orientación educacional*, 33(63), 23-43.
- Arenas-Monreal, L., Jasso-Arenas, J., y Campos-Navarro, Y. R. (2011). Autocuidado: elementos para sus bases conceptuales. *Global Health Promotion*, 18(4), 42-48.
- Arroyave, C. O. M., Arango, D. C., Restrepo-Ochoa, D., y Calvo, A. C. (2022). Salud mental positiva: entre el bienestar y el desarrollo de capacidades. [Positive mental health: between well-being and capacity development] *Revista CES Psicología*, 15(2), 151-168. <https://doi.org/10.21615/cesp.5275>

- Ayensa, J. I. B., Grima, F. G., y Landívar, E. G. (2002). Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 439-450.
- Aznar Laín, S., y Román Viñas, B. (2022). Actividad física y deporte en los trastornos del comportamiento alimentario. *Nutrición Hospitalaria*, 39(2), 33-40.
- Báez, M. J., Vera, Z., Mendoza, M. A., y Ríos González, C. M. (2019). Relación entre miedo, trastornos de ansiedad y depresión en escolares en una escuela subvencionada de Asunción. *Revista Científica Estudios E Investigaciones*, 8, 241-242. <https://doi.org/10.26885/rcei.foro.2019.241>
- Barrios, E. M. P., Morillas, A. S., y Santana, M. V. (2021). Valoración de la imagen corporal mediante el body shape questionnaire en adolescentes: Revisión sistemática. *Universidad, innovación e investigación ante el horizonte 2030*, pp. 2269-2293.
- Broche-Pérez, Y., Fernández-Castillo, E., y Reyes Luzardo, D. A. (2021). Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46, e2488.
- Chiva Montoya, N. (2017). *Bienestar psicológico, autoestima y autoeficacia general en el ámbito de la danza*. [Trabajo fin de máster, Universidad Pontificia de Comillas]. Repositorio de la Universidad Pontificia Comillas. <http://hdl.handle.net/11531/23225>
- Clark, D. A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: ciencia y práctica*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Reyes Sánchez, R. (2009). Método comparativo. *Diccionario Crítico de Ciencias Sociales. Terminología Científico-Social*. Editores Plaza y Valdés.

- Contreras, F., Espinosa, J. C., Esguerra, G., Haikal, A., Polanía, A., y Rodríguez, A. (2005). Autoeficacia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes. *Diversitas: perspectivas en psicología*, 1(2), 183-194.
- Delgado-Floody, P., Caamaño, F., Osorio, A., Jerez, D., Fuentes, J., Levin, E., y Tapia, J. (2017). Imagen corporal y autoestima en niños según su estado nutricional y frecuencia de actividad física. *Revista chilena de nutrición*, 44(1), 12-18.
- Dubet, F. (2020). *La época de las pasiones tristes. De cómo este mundo desigual lleva a la frustración y el resentimiento, y desalienta la lucha por una sociedad mejor*. Siglo Veintiuno Editores.
- Ekstrand, A. C. y Roca Villanueva, E. (2011). Cognitive behavioral therapy for eating disorders according to the transdiagnostic view. *Acción Psicológica*, 8(1), 21-33. <https://doi.org/10.5944/ap.8.1.198>
- García, A. (2009). La depresión en adolescentes. *Revista de estudios de juventud*, 84.
- Subdirección General de Información Sanitaria. (2021). Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria. Base de datos Clínicos de Atención Primaria. Ministerio de Sanidad.
- García-Hermoso, A., López-Gil, J. F., Ramírez-Vélez, R., Alonso-Martínez, A. M., Izquierdo, M. y Ezzatvar, Y. (2022). Adherence to aerobic and muscle-strengthening activities guidelines: a systematic review and metaanalysis of 3.3 million participants across 31 countries. *Br J Sports Med*, 57(4), 225-229.
- González Carrascosa, R., García Segovia, P., y Martínez Monzó, J. (2013). Valoración de la imagen corporal y de los comportamientos alimentarios en universitarios. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 18(1), 45-59.

- González, R. M. (2010). Trastornos ansiosos: generalidades para su aproximación. Anxiety disorders: generalities for its approach. Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v23n1-2/art2.pdf>
- Gutiérrez, E. H., Pérez, D. B., Mármol, D. J. S., y Dorantes, J. M. R. (2012). Relación entre actividad física, depresión y ansiedad en adolescentes. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(2), 31-38.
- Higueras, P. H., Navarro, M. G., Fernández, A. M., Mascaraque, P. S., y Lauffer, J. C. (2022). Salud mental en la adolescencia (I). Ansiedad y depresión. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(61), 3581-3589.
- Jaramillo, T. M. U. (1999). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Investigación y educación en enfermería*, 17(2), 109-118.
- Jurado-Castro, J. M., Llorente-Cantarero, F. J., y Gil-Campos, M. (2019). Evaluación de la actividad física en niños. *Acta Pediátrica Española*, 77(5/6), 94-99.
- Juste, R. P., y Amoedo, N. A. (2016). Evaluación de la autoeficacia y de la autoestima en el rendimiento deportivo en Judo. *Retos. Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, (29), 109-113.
- Kinoshita, A., Koga, M., Matsusaki, M., Ikeda, M., Tanaka, H., Shindo, M., y Arakawa, K. (1991). Changes of dopamine and atrial natriuretic factor by mild exercise for hypertensives. *Clinical and Experimental Hypertension. Part A: Theory and Practice*, 13(6-7), 1275-1290.
- Ladera Otones, I. (2016). *La satisfacción con la imagen corporal: su relación con las redes sociales y la autoestima*. [Trabajo fin de máster, Universidad Pontificia de Comillas]. Repositorio de la Universidad Pontificia Comillas. <http://hdl.handle.net/11531/13133>

- López, C., y Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85-97.
- Mamian Jiménez, M.I. y Mamian Jiménez, M.Y. (2018). *Estrategia lúdico-pedagógica para el autocuidado del cuerpo a través del teatro de títeres con los niños y niñas del centro educativo Creciendo Feliz de grado primero*. [Trabajo fin de grado, Fundación Universitaria de Popayán]. Archivo digital.
<http://unividadafup.edu.co/repositorio/files/original/3faa368e28d91dcc3867a254bf7c34f9.pdf>
- Márquez, S. (1995). Beneficios psicológicos de la actividad física. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 48(1), 185-206.
- Martínez-Lemos, R. I., Ayán Pérez, C., Sánchez Lastra, A., Cancela Carral, J. M., y Valcarce Sánchez, R. (2016). Cuestionarios de actividad física para niños y adolescentes españoles: una revisión sistemática. *Anales del sistema sanitario de Navarra* 39(3), 417-428.
- Moreno González, M.A. y Ortiz Viveros, G.R. (2009). Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. *Terapia psicológica*, 27(2), 181-190. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000200004>
- Neyra, N. N., Vega, H. B., y García, P. J. J. (2022). La autoeficacia y su influencia en la insatisfacción de la imagen corporal: revisión sistemática. *Psicología y Salud*, 32(1), 57-70.
- Paricio del Castillo, R., Mallol Castaño, L., Díaz de Neira, M. y Palanca Maresca, I. (2021). Trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia en época COVID: ¿una nueva pandemia? *Revista De Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 38(4), 9-17. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v38n4a3>
- Qustodio. (2020). *Informe anual de Qustodio 2020 sobre los hábitos digitales de los menores*. <https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=7131&tipo=documento>

- Ramos, P., Pérez de Eulate, L., Liberal, S. y Latorre, M. (2003). La imagen corporal en relación con los TCA en adolescentes vascos de 12 a 18 años. *Revista De Psicodidactica*, 15(16), 65-73. <http://redined.mecd.gob.es/xmlui/bitstream/11162/45934/1/157-218-1-PB.pdf>
- Reina, V. G. (2002). Los fines de la educación en el siglo XXI. Una respuesta desde la pedagogía de John Dewey (1859-1952). *Revista Colombiana de educación*, (43). <https://doi.org/10.17227/01203916.5456>
- Roa García, A. (2017). La educación emocional, el autoconcepto, la autoestima y su importancia en la infancia. *Edetania. Estudios Y Propuestas Socioeducativos*, (44), 241–257.
- Rojas Estapé, M. (2018). *Cómo hacer que te pasen cosas buenas*. Espasa.
- Ruiz-Ariza, A., Suárez-Manzano, S., López-Serrano, S., y Martínez-López, E. J. (2021). La actividad física como medio para cultivar la inteligencia en el contexto escolar. *Revista española de pedagogía*, 79(278), 161-178.
- Sacheli, M. A., Neva, J. L., Lakhani, B., Murray, D. K., Vafai, N., Shahinfard, E. y Stoessl, A. J. (2019). Exercise increases caudate dopamine release and ventral striatal activation in Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 34(12), 1891-1900.
- Puig, M.A. (2021). *Tus tres superpoderes para lograr una vida más sana, próspera y feliz*. Espasa.
- Sánchez, P. y Cohen, D. S. (2020). Ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Revista de formación continuada de la sociedad española de medicina de la adolescencia*, 8(1), 16-27.
- Sevilla, J. (2000). ¿Tengo un problema de alimentación? *Centro de Terapia de Conducta*, 1-10.
- Urpí Fernández, A. M. (2017). Adaptación y validación del cuestionario “Child and Adolescent Self-Care Performance Questionnaire” para evaluar las prácticas de autocuidado de la población infantil sana de 8 a 12 años residente en España. *Atención primaria*, 52(5), 297-306.

- Valenzuela Contreras, L. M. (2016). La salud, desde una perspectiva integral. *Revista Universitaria de la Educación Física y el Deporte*, 9, 50-59.
- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J. M., y López-Miñarro, P. Á. (2013). Imagen corporal: revisión bibliográfica. *Nutrición hospitalaria*, 28(1), 27-35.
- Wood, C., Griffin, M., Barton, J., y Sandercock, G. (2021). Modification of the Rosenberg scale to assess self-esteem in children. *Frontiers in public health*, 9, 655892.
- Wooten, G. F., y Cardon, P. V. (1973). Plasma dopamine--hydroxylase activity. Elevation in man during cold pressor test and exercise. *Archives of Neurology*, 28(2), 103-106.
- World Health Organization. (2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: web annex: evidence profiles. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336657>.

10. Anexos

ANEXO I

Tabla 1S

Modelos explicativos del trastorno depresivo.

Modelos explicativos biológicos.	Modelos explicativos psicológicos.	Modelos explicativos sociales.
Neuroendocrinología. Alteración de hipotálamo e hipófisis.	Freud. e	Depresión como duelo ante la pérdida del objeto deseado Sistema de valores “afectivamente deficitario” (Del Barrio, 2009, p.100)
Neurofisiología. (Videbech) Déficit funcional sistema límbico, córtex prefrontal y temporal, cíngulo anterior y núcleo caudado.	Seligman	Ausencia de control sobre elementos reforzadores externos que derivan en un comportamiento pasivo, inseguro y desesperanzado.
Bioquímica Déficit noradrenalina (teoría catecolaminérgica)	Lewinsohn	Carencia de habilidades sociales y refuerzos positivos. Conflictos en la convivencia (social y familiar)
Déficit serotonina	Beck	Autovaloración negativa, pesimismo ante Presión social (sistema)

(teoría serotoninérgica)		el presente y el futuro.	académico/laboral / entorno)
	Hollon y Beck	Alteración en el procesamiento y análisis de la realidad	Medios de comunicación (Televisión, Redes Sociales...)

Nota. Elaboración propia, tomando como referencia a García (2019, pp.94-95).

ANEXO II

Tabla 2S

Traducción y adaptación del test de Rosenberg

	Totalmente verdad	Verdad	Mentira	Totalmente mentira
Estoy feliz conmigo mismo/a.				
A veces pienso que no soy bueno/a en nada.				
Tengo muchas cosas buenas.				
Puedo hacer las cosas igual de bien que la mayoría de los demás niños.				
No tengo motivos para estar orgulloso/a de mí.				
A veces me siento inútil.				
Creo que soy tan bueno/a como los demás.				
Desearía cuidarme más y mejor.				
A veces me siento un fracasado/a.				
Me siento bien conmigo mismo/a.				

Nota: Elaboración y traducción propia, tomando como referencia a Wood et al. (2016).

ANEXO III

Consentimiento informado dirigido a las familias de los participantes.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: “Variables asociadas al bienestar psico-emocional y su relación con el nivel de Actividad Física”

Yo como padre/madre/tutor de
.....

..... siendo éste/a alumno/a del colegio Cooperativa Alcázar.

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que la participación de mi hija/o es voluntaria.

Comprendo que mi hijo/a puede retirarse del estudio si lo considerase necesario.

Presto libremente mi conformidad para que mi hija/o participe en el estudio.

Fecha

Firma del padre/madre/tutor.

Confirmando que he explicado al participante el carácter y el propósito del proyecto de investigación.

Firma de la investigadora.

DOCUMENTO INFORMATIVO ACERCA DE LA FINALIDAD DEL ESTUDIO:

“Variables asociadas al bienestar psico-emocional y su relación con el nivel de Actividad Física”.

Señor/ Señora, con la intención de recabar datos reales y objetivos, se invita a su hija/hijo a participar en un estudio de investigación educativa. Con dicho estudio se pretende analizar las relaciones existentes entre las variables asociadas a una salud mental sana y positiva (autoconcepto, autoestima, imagen corporal, autoeficacia y autocuidado) y los niveles de Actividad Física. Evidentemente, la participación de su hijo o hija es totalmente voluntaria y podrán retirarse del estudio en cualquier momento si así lo desean, sin tener que dar explicaciones y sin que por ello se produzca perjuicio alguno.

La participación en la investigación requerirá de la realización de una serie de cuestionarios enfocados al análisis de las variables previamente mencionadas en niños y adolescentes. Estos cuestionarios serán:

- Cuestionario para la evaluación de los niveles de actividad física. [Assessment of Physical Activity Levels Questionnaire (APALQ)]
- Cuestionario de la forma corporal. [Body Shape Questionnaire (BSQ)]
- Cuestionario para evaluar las prácticas de autocuidado en niños y adolescents. [Child and Adolescent Self-Care Performance Questionnaire (CAS PQ)]
- Test de Rosenberg. (Escala de Autoestima)
- La Escala Multifactorial de Autoeficacia Infantil. (EMA-i).

La información obtenida a partir del análisis de los datos extraídos de dichos cuestionarios servirá al investigador para desarrollar su estudio y contribuir así con la mejora de la calidad educativa. Los datos no serán difundidos a través de ningún medio y únicamente servirán como fuente de información para la investigadora, la cual se compromete a hacer un uso responsable y efectivo de los mismos y asegura la máxima confidencialidad. Además, ésta se compromete a informar y contestar a sus dudas y preguntas siempre y cuando lo consideren necesario. Podrán contactar con la investigadora (Alba Herranz Isabel) a través del siguiente correo electrónico: albaherranzisabel14@gmail.com

Si está dispuesta/o a autorizar la participación de su hijo/hija en el estudio, complete el consentimiento informado que se adjunta.