



# PERSPECTIVAS Y ANÁLISIS DE LA SALUD.

## UN ACERCAMIENTO MULTIDISCIPLINAR

### Comps.

José Jesús Gázquez Linares  
María del Mar Molero Jurado  
África Martos Martínez  
Ana Belén Barragán Martín  
María del Mar Simón Márquez  
María Sisto  
Rosa María del Pino Salvador  
Begoña María Tortosa Martínez

ISBN: 978-84-1377-228-8

*Dykinson, S.L.*



# **Perspectivas y Análisis de la Salud. Un acercamiento multidisciplinar**

**Comps.**

**José Jesús Gázquez Linares**

**María del Mar Molero Jurado**

**África Martos Martínez**

**Ana Belén Barragán Martín**

**María del Mar Simón Márquez**

**Maria Sisto**

**Rosa María del Pino Salvador**

**Begoña María Tortosa Martínez**

© Los autores. NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los textos publicados en el libro “Perspectivas y Análisis de la Salud. Un acercamiento multidisciplinar”, son responsabilidad exclusiva de los autores; así mismo, éstos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar, así como los referentes a su investigación.

η o está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

Editorial DYKINSON, S.L. Meléndez Valdés, 61 - 28015 Madrid

Teléfono (+34) 91 544 28 46 - (+34) 91 544 28 69

e-mail: [info@dykinson.com](mailto:info@dykinson.com)

<http://www.dykinson.es>

<http://www.dykinson.com>

*Consejo Editorial véase [www.dykinson.com/quienessomos](http://www.dykinson.com/quienessomos)*

Madrid, 2020

ISBN: 978-84-1377-228-8

*Preimpresión realizada por los autores*

*CAPÍTULO 1*

*VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE CREENCIAS Y ACTITUDES HACIA EL USO DEL CONDÓN EN HOMBRES CON VIH*

RICARDO SÁNCHEZ MEDINA, DAVID JAVIER ENRIQUEZ NEGRETE, Y CONSUELO RUBI ROSALES PIÑA .....9

*CAPÍTULO 2*

*ACOSO LABORAL EN LA UNIVERSIDAD DEL SIGLO XXI: REFLEXIONES DESDE LA ÉTICA ORGANIZACIONAL Y EL LIDERAZGO MORAL*

ESTER MASSÓ GUIJARRO Y BELÉN MASSÓ GUIJARRO .....25

*CAPÍTULO 3*

*DETERIORO COGNITIVO INDUCIDO POR COCAÍNA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA*

MARÍA DEL CARMEN MAÑAS PADILLA .....35

*CAPÍTULO 4*

*EL IMPACTO DE LAS PRÁCTICAS DE ALTO RENDIMIENTO EN RECURSOS HUMANOS EN LA SATISFACCIÓN LABORAL DE LOS EMPLEADOS DE HOTEL: EVIDENCIA DEL DEPARTAMENTO DE RECEPCIÓN*

DANIEL DORTA AFONSO, MANUEL GONZÁLEZ DE LA ROSA, Y MARÍA CANTERO GARCÍA.....51

*CAPÍTULO 5*

*ACTITUDES HACIA LA PROSTITUCIÓN, MUJERES PROSTITUIDAS Y POSTURAS LEGALES DE “PROFESIONALES*

M CARMEN TEROL CANTERO, MAITE MARTIN-ARAGON, EVA MARIA LEÓN ZARCEÑO, JAVIER MANCHÓN LÓPEZ, MARÍA JOSÉ QUILES SEBASTIÁN, Y YOLANDA QUILES MARCOS.....59

*CAPÍTULO 6*

*EL EFECTO DE LA GESTIÓN DE LA DIVERSIDAD EN LA SATISFACCIÓN LABORAL DE LOS RECEPCIONISTAS DE HOTEL*

DANIEL DORTA AFONSO, MANUEL GONZÁLEZ DE LA ROSA, Y MARÍA CANTERO GARCÍA.....73

*CAPÍTULO 7*

*¿SOMOS COMO NOS VEMOS? INSATISFACCIÓN Y DISTORSIÓN CORPORAL EN LA NIÑEZ*

NATALIA SOLANO PINTO, YOLANDA SEVILLA VERA, Y MARÍA CRISTINA DE LA PEÑA ÁLVAREZ..... 83

*CAPÍTULO 8*

*DE CIENCIA DE LA ENFERMEDAD A CIENCIAS DE LA SALUD: UNA APROXIMACIÓN HISTÓRICA DEL ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR (S. XIX-XX)*

RUBÉN MIRÓN GONZÁLEZ..... 97

*CAPÍTULO 9*

*ANÁLISIS DE LAS LESIONES MÁS COMUNES EN LOS MÚSICOS PROFESIONALES PARA SU PREVENCIÓN*

CLARA RODRÍGUEZ GUDE, Y MARGARITA PINO JUSTE ..... 109

*CAPÍTULO 10*

*PAREJAS ADOLESCENTES: ¿QUÉ SIGNIFICADO TIENEN?*

LUZ MARINA MÉNDEZ NAVARRO ..... 119

*CAPÍTULO 11*

*INFLUENCIA DEL ÍNDICE DE ESFUERZO DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE VIDA*

INMACULADA VALERO CANTERO Y MARÍA ÁNGELES VÁZQUEZ SÁNCHEZ..... 127

*CAPÍTULO 12*

*LA INTEGRACIÓN SOCIOCULTURAL MEDIANTE LA MÚSICA EN CONTEXTOS SOCIALES DESFAVORECIDOS*

GUSTAU OLCINA SEMPERE Y LUIS DEL BARRIO ARANDA ..... 135

*CAPÍTULO 13*

*INDICADORES EMOCIONALES Y DE SALUD ASOCIADOS A LA IMAGEN CORPORAL: DIFERENCIAS DE GÉNERO*

MARÍA GUILLOT VALDÉS Y MARÍA VALDÉS DÍAZ..... 147

*CAPÍTULO 14*

*EL MASLACH BURNOUT INVENTORY COMO INSTRUMENTO CLAVE EN LA EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT: REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE SU VALIDEZ FACTORIAL*

RAIMUNDO AGUAYO ESTREMER, DANIEL ONDÉ PÉREZ, Y JESÚS MARÍA ALVARADO IZQUIERDO ..... 159

*CAPÍTULO 15*

*SALUD EN FAMILIAS: LA HERENCIA CULTURAL*

JORGE ROUCO VELASCO ..... 173

*CAPÍTULO 16*

*EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD EN LOGOPEDIA: ENFOQUE DE CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON TRASTORNO ESPECÍFICO DEL LENGUAJE (TEL)*

GEMA DE LAS HERAS MÍNGUEZ ..... 181

*CAPÍTULO 17*

*SÍNTOMAS TEMPRANOS PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DEL SOBREENTRENAMIENTO*

FÁTIMA SÁNCHEZ-BELEÑA ..... 191

*CAPÍTULO 18*

*CREENCIAS Y EMOCIONES SOBRE LA IMAGEN CORPORAL: VALORACIÓN DEL COMPONENTE COGNITIVO- EMOCIONAL EN ESCOLARES DE 9 A 12 AÑOS*

YOLANDA SEVILLA VERA, NATALIA SOLANO PINTO, Y MARÍA CRISTINA DE LA PEÑA ÁLVAREZ ..... 199

*CAPÍTULO 19*

*LA ACTIVIDAD FÍSICA COMO CONTENIDO ESTRATÉGICO EN ALFABETIZACIÓN EN SALUD*

IAGO PORTELA PINO ..... 209

*CAPÍTULO 20*

*¿QUÉ SABE SOBRE SEXO EL PROFESORADO DEL FUTURO?*

MARTA TALAVERA ORTEGA Y OLGA MAYORAL GARCÍA-BERLANGA ..... 219

*CAPÍTULO 21*

*PERFILES DE LA VIOLENCIA FILIO-PARENTAL: ASPECTOS EMOCIONALES Y MOTIVACIONALES DIFERENCIALES ENTRE GENERALISTAS Y ESPECIALISTAS*

MARÍA JOSÉ NAVAS-MARTÍNEZ ..... 231

*CAPÍTULO 22*

*LA ACTIVIDAD FÍSICA SE RELACIONA CON MEJORES RESULTADOS DE SALUD, DOLOR Y BIENESTAR EN ADOLESCENTES CON SOBREPESO*

MARÍA TERESA REDECILLAS PEIRÓ, BEATRIZ RUIZ ARIZA, SEBA LÓPEZ SERRANO, Y KHADER F. ABU-HELAIEL ..... 243

*CAPÍTULO 23*

*ADICCIÓN Y USO PROBLEMÁTICO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS EN ADOLESCENTES*

ALFONSO SALGADO RUIZ ..... 253

*CAPÍTULO 24*

*PREVENCIÓN DE LA ADICCIÓN AL JUEGO EN POBLACIÓN ADOLESCENTE EFICACIA DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN UNIVERSAL BASADO EN LA MODIFICACIÓN DE IDEAS DISFUNCIONALES*

ALFONSO SALGADO RUIZ ..... 265



## CAPÍTULO 22

### LA ACTIVIDAD FÍSICA SE RELACIONA CON MEJORES RESULTADOS DE SALUD, DOLOR Y BIENESTAR EN ADOLESCENTES CON SOBREPESO

MARÍA TERESA REDECILLAS PEIRÓ\*, BEATRIZ RUIZ ARIZA\*\*,  
SEBA LÓPEZ SERRANO\*\*\*, Y KHADER F. ABU-HELAIEL\*\*\*

*\*Hospital San Agustín; \*\*Residencia Alcalde Antonio Pulido; \*\*\*Universidad de Jaén*

#### INTRODUCCIÓN

La actividad física (AF) hace referencia a cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que produzca un gasto energético superior al metabolismo basal. Los resultados de estudios previos indican que la práctica de AF en jóvenes se asocia con incrementos de la capacidad antioxidante de la sangre (Cale y Harris, 2013), mayor mineralización del hueso (Pitukcheewanont, Punyasavatsut, & Feuille, 2010) y mejora de la autoestima (Biddle & Asare, 2011). Estudios recientes han concluido que el predictor más frecuente de conductas de riesgo de obesidad en niños es el sedentarismo (Mansoubi, Pearson, Clemes, Biddle, Bodicoat, Tolfrey, & Yates, 2015) mientras en adolescentes es la disminución de la AF (Cale y Harris, 2013). Además, el exceso de peso juvenil se ha convertido en un problema de salud que ocupa todo el planeta alcanzando cifras de prevalencia alarmantes. Según datos de la OMS (2016), a nivel mundial más de 41 millones de niños menores de 5 años tienen exceso de peso, estimándose que en el año 2022 habrá más población infantil obesa que con insuficiencia ponderal.

Por otra parte, el término bienestar es controvertido y se entiende como un constructo que incluye una elevada satisfacción de vida, la presencia de estados afectivos positivos y la ausencia de estados afectivos negativos (Lucas, Diener y Suh, 1996). Hoy en día existen pocas dudas entre la correlación positiva que presenta el bienestar de los sujetos con la salud autopercibida. Una mayor frecuencia de AF moderada está asociada con un mejor bienestar psicológico en adolescentes (Costigan, Barnett, Plotnikoff, & Lubans, 2013; Suchert, Hanewinkel, & Isensee, 2105).

Se ha comprobado también, que el dolor autopercibido en adolescentes difiere considerablemente en función de los estudios epidemiológicos (El-Metwally et al., 2007). Las principales dolencias entre los 13 y 17 años se asocian con dolores de estómago, enfermedades alérgicas, dolores de cabeza, lesiones deportivas y cansancio, estando buena parte de ellas relacionadas tanto con la práctica de AF inadecuada como con el sedentarismo (Holdcroft y Power 2003). Se ha constatado que el sobrepeso, bajos niveles de AF y el tabaquismo están independientemente y en

combinación asociados con dolor de cabeza recurrente en adolescentes (Camargo, Jiménez, Archila, y Villamizar (2004). También la práctica de ejercicio vigoroso puede presentar informes de dolor de cabeza (El-Metwally et al., 2007) o dolor musculoesquelético en el 15% de los adolescentes al menos una vez por semana (Huotari et al, 2011).

A pesar de lo anterior, en las últimas décadas los niveles de AF en jóvenes han disminuido progresivamente (Tammelin, Näyhä, Laitinen, Rintamäki, & Järvelin, 2003) y en jóvenes con sobrepeso las conductas sedentarias se han incrementado especialmente respecto a sus compañeros normopeso (Cale y Harris, 2013). Lo anterior sugiere que la cantidad y práctica de la AF pueden variar a lo largo de los años y los factores dependientes como la salud autopercibida, bienestar subjetivo y dolor pueden verse modificados por nuevos contextos (Matsudo, 2012). Por tanto, el objetivo del presente estudio fue examinar las diferencias de percepción de salud, dolor y bienestar subjetivo en función del nivel de actividad física en adolescentes con exceso de peso.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

Una muestra de 196 adolescentes (48% chicas) con sobrepeso ( $14.10 \pm 1.30$  años, rango: 12-16) participaron en el estudio. Los encuestados procedían de 6 Centros de Educación Secundaria de Andalucía. Todos los adolescentes de los centros educativos fueron invitados a participar en el estudio. La participación fue del 95%. Para llevar a cabo la clasificación de los jóvenes con exceso de peso (sobrepeso) se emplearon los criterios y valores de corte de las Tablas y Curvas de Orbegozo (Sobradillo et al. 2004). Se proporcionó una descripción verbal exhaustiva de la naturaleza y el propósito del estudio al adolescente, sus padres y maestros. Esta información también se envió a los padres o supervisores de los jóvenes mediante el consentimiento por escrito de los padres y adolescentes.

### **Medidas**

Salud autopercibida, dolor y bienestar eran evaluadas mediante el cuestionario Health Behavior in School-aged Children [HBSC] (Balaguer, 2002; Wold, 1995). Nosotros empleamos una sola pregunta para valorar el nivel de salud autopercibida por los adolescentes: "Dirías que tu salud es". Las respuestas posibles eran: 1 = pobre, 2 = razonable, 3 = buena y 4 = excelente. Para conocer la percepción de dolor de los adolescentes se empleó un solo ítem: "En los últimos 6 meses, con qué frecuencia has tenido algo de lo siguiente: dolor de cabeza, dolor de estómago, dolor de espalda, sentirse bajo, irritabilidad o mal genio, sentirse nervioso, dificultades para conciliar el sueño, sentirse mareado". La escala de respuestas fue la siguiente: 1 = más o menos

cada día, 2 = más de una vez por semana, 3 = más o menos todas las semanas, 4 = más o menos cada mes y 5 = casi nunca o nunca. Finalmente, se usó un solo ítem para evaluar el nivel de bienestar autopercebido: " Si en una escala, 10 es la mejor vida posible para ti, y 0 es la peor vida posible para ti. ¿Dónde sientes que estás situado/a en la escala?: 1 = cero, 2 = uno, 3 = cuatro, 4 = tres, 5 = cuatro, 6 = cinco, 7 = seis, 8 = siete, 9 = ocho, 10 = nueve y 11 = diez.

La actividad física se midió mediante el cuestionario Moderate-to-Vigorous Physical Activity (MVPA) desarrollado por Prochaska et al. (2001). Los participantes completaron el cuestionario en la escuela con la ayuda de los investigadores. Los ítems usados en el MVPA mostraban una buena fiabilidad y validez en jóvenes (Roberts et al., 2009). El cuestionario consistió en responder a 2 ítems que solicitaban información sobre práctica de AF de moderada a vigorosa, realizada al menos una hora al día, durante la semana anterior y en una semana típica. La escala de respuesta fue igual para los dos ítems: 1 = un día, 2 = dos días, 3 = tres días, 4 = cuatro días, 5 = cinco días, 6 = seis días y 7 = siete días. Un promedio de las respuestas a ambos ítems se empleó para dicotomizar a los participantes como no activos (1-5) y activos (6-7) [Prochaska et al., 2001).

### **Análisis estadístico**

Los datos son mostrados como media y desviación estándar así como en porcentajes. La comparación por sexo de características antropométricas y AF así como las medidas de salud, dolor y bienestar se llevaron a cabo mediante T de Student y Chi2 para variables continuas y categóricas respectivamente. Para obtener las diferencias de salud autopercebida, dolor y bienestar se empleó análisis univariante del Modelo Lineal General donde se empleó como factor fijo la AF (activos vs. no activos). Los análisis fueron segmentados por sexo y se empleó la edad y el IMC como covariables. Para llevar a cabo los análisis se empleó el paquete estadístico SPSS v. 21, el nivel de significancia fue establecido en  $p < 0.05$ .

## **RESULTADOS**

Los resultados del análisis de diferencias por sexo (ver tabla 1) mostraron que las chicas tenían un menor peso y talla ( $68,64 \pm 9,18$  kg vs.  $76,20 \pm 13,46$  kg,  $p < 0,011$  y  $1,59 \pm 0,10$  m vs.  $1,67 \pm 0,13$  m,  $p < 0,001$ , respectivamente. Las chicas mostraban también sufrir dolor significativamente más a menudo que los chicos ( $2,76 \pm 1,38$  vs.  $2,03 \pm 1,27$  u.a.,  $p < 0,001$ ). No se hallaron diferencias significativas entre chicas y chicos en el resto de variables (todas  $p > 0,05$ ).

**Tabla 1.** Media  $\pm$  SD para medidas antropométricas, actividad física e indicadores de salud, dolor y bienestar diferenciados por sexo

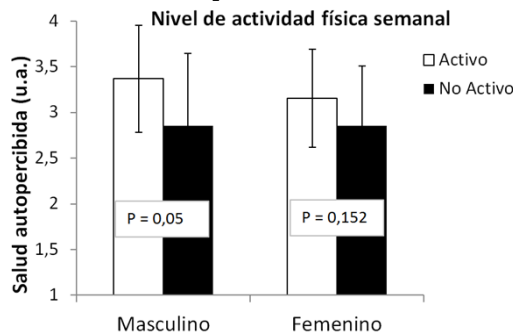
	Niños (94)		Niñas (102)		P	
	M	SD	M	SD		
Edad (años)	13,98	1,23	14,23	1,37	0,175	
Peso (kg)	76,20	13,46	68,64	9,18	0,011	
Talla (cm)	1,67	0,13	1,59	0,10	<0,001	
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	27,19	4,15	27,01	4,05	0,760	
AF (días/semana)	3,73	1,75	3,04	1,77	0,008	
Nivel de AF	Activos	81	86,2%	83	81,4%	0,238
	No activos	13	13,8%	19	18,6%	
Salud (1-4)	2,95	0,72	2,95	0,70	0,949	
Dolor (1-5)	2,03	1,27	2,76	1,38	<0,001	
Bienestar (1-11)	8,04	1,88	8,27	1,56	0,355	

IMC = Índice de masa corporal, AF = Promedio de horas actividad física diaria de moderada a vigorosa durante la semana anterior y una semana típica, Activos  $\geq$  5 días/semana, no activos < 5 días/semana.

Los resultados del análisis univariante que empleó como variables dependientes la salud, dolor y bienestar y como factor fijo la AF (activos vs. no activos) mostraron diferencias estadísticamente significativas en chicos ( $F(3,98) = 8,093$ ;  $\text{Eta}^2 = 0,076$ ;  $F(3,98) = 7,308$ ;  $\text{Eta}^2 = 0,045$  y  $F(3,98) = 7,939$ ;  $\text{Eta}^2 = 0,075$  respectivamente, pero no en chicas (todos  $p > 0,05$ ).

Más detalladamente, se comprobó que los chicos físicamente activos tenían una mayor salud autopercibida (Figura 1) que sus compañeros no activos ( $3,36 \pm 0,68$  vs.  $2,85 \pm 0,76$  u.a.,  $p = 0,005$ ). Las chicas activas físicamente alcanzaron también más altas puntuaciones de salud autopercibida, sin embargo, las diferencias no llegaron a ser significativas ( $p = 0,152$ ).

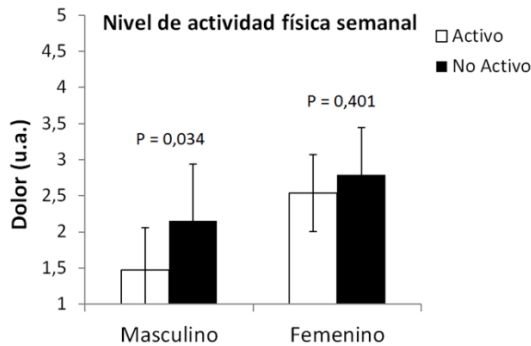
**Figura 1.** Asociación entre niveles de actividad física y salud autopercibida en adolescentes españoles de 12 – 18 años



La AF se clasificó siguiendo los parámetros del MVPA en No activo (<5 días/sem) y Activo ( $\geq 5$  días/sem). Se realizó un análisis de covarianza donde se introdujo la Actividad física como factor fijo, la salud autopercebida como variable dependiente y edad e IMC como covariables. u.a. = unidades arbitrarias.

La figura 2 muestra los resultados de dolor diferenciados por nivel de actividad física tanto en chicos como en chicas. Los chicos que hacían al menos una hora de AF  $\geq 5$  días/semana mostraron puntuaciones significativamente menores hacia la frecuencia de sufrir dolor de cualquier tipo durante el día ( $1,747 \pm 0,96$  vs.  $2,16 \pm 1,30$ ,  $p = 0,034$ ). En chicas no se hallaron diferencias estadísticamente significativas de dolor en función del nivel de AF ( $p = 0,401$ ).

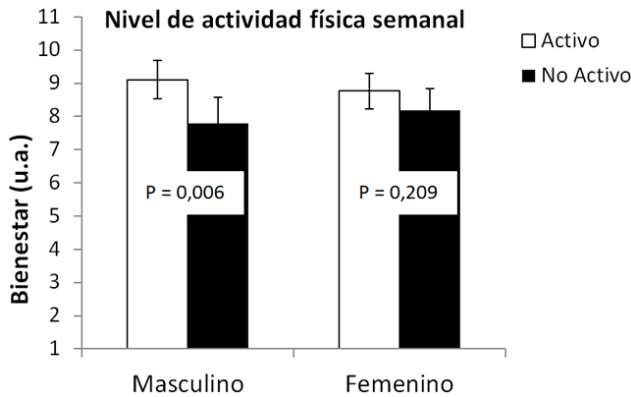
Figura 2. Asociación entre niveles de actividad física y dolor en adolescentes españoles de 12 – 18 años



La AF se clasificó siguiendo los parámetros del MVPA en No activo (<5 días/sem) y Activo ( $\geq 5$  días/sem). Se realizó un análisis de covarianza donde se introdujo la actividad física como factor fijo, el dolor como variable dependiente y edad e IMC como covariables. u.a. = unidades arbitrarias.

La figura 3 muestra los resultados de bienestar diferenciados por nivel de actividad física tanto en chicos como en chicas. Se comprobó que los chicos físicamente activos percibían un mayor bienestar que los no activos ( $9,11 \pm 2,30$  vs.  $7,80 \pm 1,70$ ,  $p = 0,006$ ). Las chicas que realizaban más actividad física alcanzaron también mayores puntuaciones de bienestar que las no activas sin embargo las diferencias no llegaron a ser estadísticamente significativas ( $p = 0,209$ ).

Figura 3. Asociación entre niveles de actividad física y bienestar en adolescentes españoles de 12 – 18 años



La AF se clasificó siguiendo los parámetros del MVPA en No activo (<5 días/sem) y Activo ( $\geq 5$  días/sem). Se realizó un análisis de covarianza donde se introdujo la Actividad física como factor fijo, el bienestar como variable dependiente y edad e IMC como covariables. u.a. = unidades arbitrarias.

## DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

El objetivo del presente estudio fue examinar las diferencias de percepción de salud, dolor y bienestar en función del nivel de actividad física en adolescentes con exceso de peso. Los principales resultados muestran que los chicos que realizan 5 días o más de AF a la semana presentan significativamente mejor salud autopercebida y bienestar subjetivo, así como menor dolor que sus compañeros que llevan a cabo baja actividad física semanal. En chicas los resultados muestran valores más altos de salud, bienestar subjetivo y menor dolor, pero las diferencias no han llegado a ser significativas.

En el presente estudio, chicos con altos niveles de AF tenían mayor probabilidad de considerar una buena salud. Estos resultados concuerdan con estudios recientes hallados en adolescentes que concluyeron que una baja AF es uno de los principales factores de riesgo asociados con prevalencia de problemas psicológicos (Ruiz-Ariza, Grao-Cruces, Marques de Loureiro, y Martínez-López, 2016) y una percepción más negativa de la salud en el futuro (Elinder et al., 2011).

La influencia sobre el bienestar autopercebido vendría dada por la disminución de la tensión muscular, el aumento de la temperatura corporal, un mayor transporte de oxígeno y el aporte de glucosa al cerebro (Cale y Harris, 2013). Algunos científicos han explicado la relación entre el bienestar psicológico y la AF con la creencia que supone que muchos órganos y tejidos corporales producen endorfinas produciendo un estado de euforia y disminuyen la sensación de dolor (Biddle & Asare, 2011). Otra

explicación sería la que aporta la hipótesis de la distracción, es decir, durante la práctica de AF el sujeto se divierte produciéndose una interrupción del proceso estresante que trae como consecuencia una mejora del bienestar psicológico (Newton, Duda, y Yin, 2000). A su vez, parece que el fuerte compromiso social, integración en un grupo de pares produciría un elevado grado de satisfacción con la vida (De la Torre et al., 2015). Todo lo anterior son efectos que afectarían especialmente a los jóvenes obesos, sobre todo teniendo en cuenta que la AF vigorosa es un predictor significativo de la grasa corporal (Wilson y Rodgers, 2002).

Por otra parte, existen otros factores que mediarían de forma clave en la salud y bienestar de los jóvenes. Los adolescentes que participaban 2 o 3 veces semanales o más en AF tienen significativamente menos estrés y una mayor felicidad que aquellos que participaban una vez por semana o menos (Lucas, Diener, y Suh, 1996). Además, la baja calidad de las relaciones familiares y bajo rendimiento académico es alto entre los adolescentes con baja aptitud Física (Padilla-Moledo et al., 2012). Lo anterior es considerado muy importante debido a que la AF en la adolescencia predice en grado de obesidad durante en etapas posteriores (Huotari, Nupponen, Mikkelsen, Laakso, & Kujala, 2011) y los bajos niveles de AF en la niñez podrían aumentar la depresión en la adultez (Jacka et al., 2011).

Los resultados de este estudio han mostrado que las asociaciones entre AF y salud, bienestar y dolor no tienen la misma intensidad en cuanto al sexo. Estudios previos han mostrado que, especialmente en chicas, una más corta duración de sueño se asociaba con hábitos alimentarios y hábitos más sedentarios (Moral-García et al., 2018). Diferenciar por sexo también es importante debido a que a estas edades por ejemplo en chicos adolescentes el IMC fue menor conforme a la AF fuera de la escuela aumentaba (Mota et al., 2010). O por ejemplo, en chicas, el incremento de AF fue positivamente relacionada con la autoeficacia para solucionar problemas (Martínez-López et al., 2017). Otros aspectos controvertidos están relacionados con que el bajo nivel educativo de padres es determinante para una escasa AF en niñas (De la Torre et al., 2015) y que las chicas más sedentarias consumen más bebidas azucaradas (Cale y Harris, 2013).

Se concluye que los jóvenes con exceso de peso físicamente activos perciben una mejor salud y bienestar e informan de menor dolor general del cuerpo que aquellos jóvenes con exceso de peso físicamente inactivos. En chicas, la tendencia de los resultados son similares a los chicos, sin embargo las diferencias entre físicamente activos e inactivos no han llegado a ser significativas. Por tanto, tener sobrepeso u obesidad en la edad adolescente está asociado a percibir menor salud y bienestar y a una mayor probabilidad de sufrir dolor. Se sugiere, llevar a cabo más investigación que explique las posibles causas de las diferencias entre sexo, así como la elaboración

de programas dirigidos al fomento de una mayor cantidad de AF en chicas con exceso de peso.

## REFERENCIAS

- Balaguer, I. (2002) Estilos de vida de la adolescencia. Valencia: Pro-molibro
- Bergt. D., Ehrver, M., Torbjorn, E., Gundevall, C., Wennergerg. I., Wettergren, L. (1991). Self-Reported Health Status and Use of Medical Care by 3500 Adolescents in Western Sweden. *Acta Paediatrica, Nurturing the child*, 80(8-9), 837-843.
- Biddle, S.J., y Asare, M. (2011). Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. *British Journal Sports Medical*, 45(11), 886-95.
- Booth, M.L., Okely. A.D., Chey, T., y Bauma, A. (2001). The reliability and validity of the physical activity questions in the WHO health behaviour in school children (HBSC) survey: a population study. *British Journal Sports Medical*, 35, 263-267.
- Cale, L., & Harris, J. (2013). Every child (of every size) matters in physical education! Physical education's role in childhood obesity. *Sport, Education and Society*, 18(4), 433-452.
- Camargo, D.M., Jiménez, J.B., Archila, E., & Villamizar, M.S. (2004). El dolor: una perspectiva epidemiológica. *Revista Salud UIS*, 36(1), 132-166.
- Costigan, S.A., Barnett, L., Plotnikoff, R.C., & Lubans, D.R. (2013). The health indicators associated with screen-based sedentary behavior among adolescent girls: a systematic review. *Journal of Adolescent Health*, 52(4), 382-392.
- De la Torre-Cruz, M., Ruiz-Ariza, A., López-García, M.D., y Martínez-López, E.J. (2015). Efecto Diferencial del Estilo Educativo Materno y Paterno sobre el Autoconcepto Físico del Adolescente. *Revista de Educación*. 369, 59-
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31, 103-157.
- Elinder, L.S., Sundblom, E., & Rosendahl, K.I. (2011). Low physical activity is a predictor of thinness and low self-rated health: gender differences in a Swedish cohort. *Journal Adolescent Health*, 48(5), 481-6.
- El-Metwally, A., et al. (2007). Risk factors for development of non-specific musculoskeletal pain in preteens and early adolescents: a prospective 1-year follow-up study. *British Medical Journal Musculoskeletal Disord*, 8, 46.
- Holdcroft, A., & Power, I. (2003). "Recent developments Management of pain". *British Medical Journal*, 326, 635-639.
- Huotari, P., Nupponen, H., Mikkelsen, L., Laakso, L., y Kujala, U. (2011). Adolescent physical fitness and activity as predictors of adulthood activity. *Journal Sports Science*, 29(11), 1135-1141.
- Jacka, F.N., et al. (2011). Lower levels of physical activity in childhood associated with adult depression. *Journal Science Medical Sport*, 14(3), 222-226.
- Lucas, R.E., Diener, E.D., y Suh, E. (1996). Discriminant validity of wellbeing measures. *Journal of Personality Assessment*, 71, 3616-3628.
- Matsudo, S.M. (2012). Actividad física: pasaporte para la salud. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(3), 209-217.



Moral-García, J.E., Ruiz-Ariza, A., Grao-Cruces, A., De la Torre-Cruz, M.J., Martínez-López, E.J. (2018). Satisfaction of Spanish high school students with physical education: gender, age, physical activity level and body type. *South African Journal for Research in Sport, Physical Education and Recreation*, 40(1), 71-84.

Mota J., et al. (2012). Associations between self-rated health with cardiorespiratory fitness and obesity status among adolescent girls. *Journal of Physical Activity and Health*, 9, 378-81.

Mulvihill, C., Németh, A., & Vereecken, C. (2004). Body image, weight control and body weight. *Word Health Organization*, 4, 120-129.

Newton, M., Duda, J.L., & Yin, Z. (2000). Examination of the psychometric properties of the Perceived Motivational Climate in Sport Questionnaire-2 in a sample of female athletes. *Journal of Sports Sciences*, 18, 275-290.

Padilla-Moledo, C., Ruiz, J.R., Ortega, F.B., Mora, J., y Castro-Piñero, J. (2012). Associations of muscular fitness with psychological positive health, health complaints, and health risk behaviors in Spanish children and adolescents. *Journal Strength Conditioning Research*, 26(1), 167-173.

Pitukcheewanont, P., Punyasavatsut, N., & Feuille, M. (2010). Physical activity and bone health in children and adolescents. *Pediatric Endocrinology Review*, 7(3), 275-282.

Prochaska, J.J., Sallis, J.F., & Long, B. (2001). A physical activity screening measure for use with adolescents in primary care. *Archives of Pediatrics and Adolescents Medicine*, 155, 554-559.

Robert, C., Tynjälä, J., & Komkov, A. (2004). Physical activity. *Word Health Organization*, 4, 90-97.

Roberts, C., et al. (2009). The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: methodological developments and current tensions. *International Journal of Public Health*, 54 Suppl 2, 140-150.

Ruiz-Ariza, A., Grao-Cruces, A., Marques de Loureiro, N.E., y Martínez-López, E.J. (2016). Influence of physical fitness on cognitive and academic performance in adolescents: a systematic review from 2005–2015. *International Review of Sport Exercise Psychology*, 10(1), 108-133

Sobradillo, B., et al. (2004). Curvas y tablas de crecimiento, Estudio longitudinal y transversal 2004. *Instituto de Investigación sobre crecimiento y desarrollo*. Fundación Faustino Orbegozo Eizaguirre.

Tammelin, T., Näyhä, S., Laitinen, J., Rintamäki, H., & Järvelin, M.R. (2003). Physical activity and social status in adolescence as predictors of physical inactivity in adulthood. *Preventive medicine*, 37(4), 375-381.

Wilson, P.M. & Rodgers, W.M. (2002). The relationship between exercise motives and physical self-esteem in female exercise participants: an application of self-determination theory. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 7(1), 30-43

Wold, B. (1995). *Health-behavior in schoolchildren: a WHO cross-national survey, Re Gecikil urce package questions 1993-94*. Bergen: University of Bergen.





*Dykinson, S.L.*