

Linares-Manrique, M.; Linares-Girela, D.; Schmidt-Rio-Valle, J.; Mato-Medina, O.; Fernández-García, R. y Cruz-Quintana, F. (2016). Relación entre autoconcepto físico, ansiedad e IMC en estudiantes universitarios mexicanos / The Relation of Physical Self-Concept, Anxiety, and BMI Among Mexicam University Students. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte vol. 16 (62) pp.497-519
[Http://cdeporte.rediris.es/revista/revista63/artautoconcepto719.htm](http://cdeporte.rediris.es/revista/revista63/artautoconcepto719.htm)
DOI: <http://dx.doi.org/10.15366/rimcafd2016.63.007>

ORIGINAL

RELACIÓN ENTRE AUTOCONCEPTO FÍSICO, ANSIEDAD E IMC EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS MEXICANOS

THE RELATION OF PHYSICAL SELF-CONCEPT, ANXIETY, AND BMI AMONG MEXICAM UNIVERSITY STUDENTS

Linares-Manrique, M.¹; Linares-Girela, D.²; Schmidt-Rio-Valle, J.³; Mato-Medina, O.⁴; Fernández-García, R.⁵ y Cruz-Quintana, F.⁶

¹ Profesora Interina. Universidad de Granada (España). E-mail: mlinar@ugr.es

² Profesor Titular de Universidad. Universidad de Granada (España). E-mail: dlinares@ugr.es

³ Profesora Contratada Doctora. Universidad de Granada (España). E-mail: jschmidt@ugr.es

⁴ Profesor Titular. Universidad Autónoma del Carmen (Campeche - México). E-mail: omato@pampano.unacar.mx

⁵ Profesor Contratado Doctor. Universidad de Almería (España). E-mail: rubenfer@ual.es

⁶ Profesor Titular de Universidad. Universidad de Granada (España). E-mail: fcruz@ugr.es

Código UNESCO / UNESCO code: 6105 Evaluación y Diagnóstico en Psicología / Evaluation and Measurement in Psychology

Clasificación Consejo de Europa / Council of Europe classification: 15 Psicología del Deporte / Sport Psychology

Recibido 8 de junio de 2013 **Received** June 8, 2013

Aceptado 6 de agosto de 2013 **Accepted** August 6, 2013

RESUMEN

El propósito de la investigación es conocer y relacionar los resultados del autoconcepto físico, con diferentes tipos de ansiedad y el IMC en los estudiantes de enfermería y educación física de la península de Yucatán (México). La muestra estuvo formada por 264 participantes, de los cuales 91 eran varones y 173 mujeres, con edades comprendidas entre 18 y 25 años. Nuestros datos revelan que en el autoconcepto físico, los valores obtenidos por los estudiantes de educación física son superiores al de los estudiantes de enfermería. Los estudiantes de enfermería presentan mayores valores de ansiedad estado que

los de educación física. La percepción que tienen los estudiantes de ciclos superiores en prácticamente todas las dimensiones del autoconcepto es superior a la del alumnado de ciclos inferiores. Los niveles de ansiedad disminuyen conforme pasan de ciclos inferiores a superiores.

PALABRAS CLAVE: Autoconcepto físico, ansiedad, obesidad, educación física, enfermería

ABSTRACT

The purpose of this paper is to know and relate the results of the various dimensions formed by the physical self-concept with respect to the different types of anxiety and the BMI among nursing and physical education students in the area of the Yucatán peninsula in Mexico. The study is based on a sample of 264 people, being 91 men and 173 women between the ages of 18 and 25. The outcome shows that the values obtained by physical education students are higher than those obtained by nursing students regarding the physical self-concept. Nursing students present a higher level of anxiety compared to physical education students. The perception showed by junior and senior students with regard to almost all dimensions of self-concept is higher than that of freshmen and sophomore students. Anxiety level among students decreases throughout the years.

KEY WORDS:

Physical self-concept; anxiety; obesity; Physical education; Nursing

INTRODUCCIÓN

El autoconcepto comporta un proceso con trayectoria irregular, ya que sufre los periodos de estabilidad e inestabilidad característicos de cada una de las etapas del ciclo vital de los individuos. Diversos autores (Cruz y Maganto, 2002; Esnaola, Goñi y Madariaga, 2008) han planteado que es de suma importancia en el desarrollo de la personalidad humana, generando beneficios a nivel individual y social; que adquiere gran relevancia en etapas como la adolescencia, dado que, en ella, las personas no tienen afianzada su personalidad; y que un autoconcepto positivo ayuda a los adolescentes y a los jóvenes a potenciar conductas saludables y a tener una mayor satisfacción con la vida.

Las dimensiones emocional y social del autoconcepto se han estudiado respecto a la ansiedad (Beltrán Martínez, 2014; Limonero, Sábado, y Fernández-Castro, 2006). También se ha comprobado la relación positiva del autoconcepto con el apoyo social. Ante un mayor apoyo social percibido se incrementa el autoconcepto (Torres, Pompa, Meza, Ancer y González, 2010). Sin embargo una de las dimensiones del autoconcepto, que más relevancia ha ido adquiriendo, es el autoconcepto físico (ACF). Este factor hace referencia a la percepción que tiene la persona de su aspecto físico y de su condición física y se le considera fundamental en la formación de los estilos de vida. En la actualidad, el ACF es

parte de cualquiera de los modelos teóricos del autoconcepto, siendo el modelo tetradimensional el que ha alcanzado la máxima aceptación, contemplando las dimensiones de habilidad física, condición física, atractivo físico y fuerza (González Fernández, 2011)

Numerosos trabajos han estudiado el ACF en función de innumerables factores (Molero, Zagalaz y Cachón, 2013): la calidad de vida (Huebner, 2004), el rendimiento académico en poblaciones con necesidades especiales y sin ellas (Gómez-Vela, Verdugo y González-Gil, 2007), los estilos de vida (Rodríguez, Goñi y Ruiz de Azúa, 2006), la práctica de la actividad física y las relaciones positivas entre práctica física y autoconcepto físico (Dieppa, Machargo, Lujan y Guillen, 2008; García, Marín y Bohórquez, 2012; Alvarías y González, 2004; Candel, Olmedilla y Blas, 2008), el género y la edad (Guillen y Ramírez, 2011; Fuentes, García, Gracia y Lila, 2011; Infante Goñi y Villarroel, 2011). Un autoconcepto físico alto significa que las personas se perciben físicamente agradables, que se cuidan físicamente y que pueden practicar algún deporte adecuadamente y con éxito. Lo contrario se podría decir de un autoconcepto físico bajo.

La literatura informa, también, que el autoconcepto físico correlaciona positivamente con la percepción de salud, con el autocontrol, con la percepción de bienestar, con el rendimiento deportivo, con la motivación de logro y con la integración social y escolar (Herrero, 1994; Gracia, Herrero y Musitu, 1995; Ayora, 1997). Asimismo, el autoconcepto físico correlaciona negativamente con el desajuste escolar, la ansiedad y, en menor grado, con la presencia de problemas con los iguales (Cava, 1998). A pesar de que éste, es un factor psicológico de los más referenciados desde cualquier paradigma de la psicología (Arruza, González, Palacios, Arribas y Cechini, 2012), sin embargo son aún escasas las investigaciones que lo relacionen con la ansiedad y menos aún con la ansiedad ante la muerte. No hemos encontrado ningún estudio que haya relacionado el ACF, en concreto, con ansiedad ante la muerte.

La ansiedad, se define como una respuesta emocional, o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser elicitada tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas y/o imágenes, que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes (Sandín, 1997). Existe un nivel de ansiedad que se considera normal e incluso útil y que permite mejorar el rendimiento, sin embargo cuando la ansiedad rebasa ciertos límites, aparece un deterioro de la actividad que lo disminuye (Cano-Vindel, 2011; Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 2001).

La prevalencia internacional de los trastornos de ansiedad en la población general es muy variable entre los informes epidemiológicos publicados. Los resultados que se observan en distintos países son muy diversos. Somers, Goldner, Waraich y Hsu, (2006) reportan datos que oscilan entre el 10,6% y el 16%, tomando como referencia varios factores relacionados con la

heterogeneidad entre los tipos de ansiedad, incluidos los criterios de diagnóstico, instrumentos de diagnóstico, tamaño de la muestra, los países estudiados, y la tasa de respuesta para explicar esta variabilidad .

No obstante, estos desórdenes emocionales son los trastornos mentales con mayor prevalencia en la población y son muy frecuentes en las consultas de Atención Primaria (AP) (Cano-Vindel, 2011). En España, con entrevista diagnóstica clínica, el 18,5% de los pacientes de AP presenta algún trastorno de ansiedad y el 13,4% un trastorno depresivo; mientras que si se utiliza una prueba de cribado basada en el método de autoinforme, estas cifras alcanzan el 25,6% y el 35,8%, respectivamente (Cano-Vindel, Salguero, Wood, Dongil y Latorre, 2012). Tanto en poblaciones mexicanas como españolas, se informa que la prevalencia en mujeres es mayor que en los hombres, (Candel, Olmedilla y Blas, 2008; Haro *et al.* y Grupo ESEMeD-España, 2006; Virgen, Lara, Morales y Villaseñor, 2011). La mayoría de las personas desarrollan estos trastornos en la infancia o en los inicios de la edad adulta, aunque pueden verse afectadas en cualquier momento de la vida. Por lo tanto, cabe pensar que si se llevara a cabo una intervención temprana con técnicas eficaces, entre las que se encuentra la práctica de ejercicio físico, se reduciría enormemente el problema de las consecuencias negativas sobre la calidad de vida (Cano-Vindel, 2011).

Un factor inductor de ansiedad que comienza a hacerse presente en la adolescencia en la vida cotidiana de los jóvenes, es la muerte. La ansiedad ante la muerte se puede definir como la reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza (reales o imaginadas) a la propia existencia, tanto propia como ajena (Limonero, 1997). Autores como López-Castedo, Sueiro y López-García (2004), apuntan que los jóvenes, a diferencia de los adultos, ven con mayor ansiedad todo lo relacionado con la muerte. De hecho el miedo a la muerte es considerado uno de los miedos más comunes entre los jóvenes (Bhatti, Khalid, Zakaria y Afridi, 2011; Burkhardt, Loxton, Kagee y Ollendick, 2012; Caballo *et al.*, 2006; Valiente, Sandin, Chorot y Tabar, 2003). La ansiedad ante la muerte de forma específica, junto con los factores de riesgo relacionados con la ansiedad en general, se ha relacionado con la ideación suicida e intentos de suicidio cada vez más frecuente en la adolescencia y juventud, constituyendo esto una verdadera preocupación en el campo de la salud pública (Au, Lau, y Lee, 2009). La literatura informa que las personas con bajo autoconcepto y más concretamente con autoestima baja tienen tendencia hacia un comportamiento de miedo, duda y defensa (Beltrán Martínez, 2014). Numerosos estudios demuestran, también, que un bajo autoconcepto está relacionado con la aparición de diversos trastornos psicosociales: depresión (Dave y Rashad, 2009), estrés (Madge *et al.*, 2011), síntomas psicopatológicos (Garaigordobil, Pérez, y Mozaz, 2008).

En general, se puede considerar que la ansiedad es uno de los factores que más contribuyen a la percepción negativa de la calidad de vida, y que la imagen de sí mismo y la autoestima son aspectos fundamentales de la percepción de bienestar psicológico de las personas (Candel, Olmedilla, y Blas, 2008). La ansiedad parece afectar de modo directo a la salud mental en determinadas etapas de la vida, como la adolescencia (Axelsson y Ejlertsson, 2002; Bagley y Mallick, 2001), y unos niveles altos de ansiedad parecen predecir

problemas emocionales que acompañan a ciertas patologías y donde se asocian a menudo con otros rasgos patógenos, sugiriendo un patrón conocido como “afectividad negativa” (Candel, Olmedilla, y Blas, 2008; Sánchez, Aparicio y Dresch, 2006). El desarrollo de la autoestima se relaciona directamente con la aceptación personal, tanto interna como en sus aspectos de bienestar físico, y la competencia percibida (Fox, 2000).

Otro factor relacionado con la ansiedad y el Autoconcepto Físico es la obesidad. La obesidad es producto de la interacción de una serie de factores genéticos, ambientales y de estilo de vida; puede definirse en términos de porcentaje de grasa corporal, índice de masa corporal (IMC) o teniendo en cuenta los cánones sociales. La obesidad se asocia con desordenes psicológicos y sociales como baja autoestima y bajo autoconcepto, sentimiento de inferioridad, nula capacidad de control sobre los impulsos, depresión, actitudes antisociales o inactividad (Mata *et al.*, 2011; Silva *et al.*, 2008). Diversos estudios han demostrado que personas con un índice de masa corporal (IMC) alto u obesas presentan un autoconcepto bajo (Adams y Bukowski, 2008; Cilliers, Senekal, y Kunneke, 2006; Jelalian, Sato, y Hart, 2011; Wallander *et al.*, 2009). Las personas que tienen una baja condición física e índices altos en IMC, circunferencia de cintura y porcentaje de grasa presentan bajas puntuaciones en autoconcepto, en concreto sobre las autopercepciones físicas (Du Toit, Venter y Potgieter, 2005; Mitchell, Moore, Bibeau y Rudasill, 2012) y emocionales (Eddy *et al.*, 2013).

Algunos autores señalan que, a medida que incrementa el IMC aumentan los síntomas de ansiedad y los síntomas asociados a los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) (Collipal, Silva, Vargas, y Martínez, 2006). Se ha planteado que los adolescentes con obesidad tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria (Doyle, Grande, Golschmidt, y Wilfley, 2007; Goldschmidt, Passi, Sinton, Tanofsky-Kraff y Wilfley, 2008) alteraciones emocionales como depresión (Reilly *et al.*, 2003) y ansiedad (Eremis *et al.*, 2004; Scott, 2008) y ser víctimas de burlas por parte de sus iguales (Neumark-Sztainer *et al.*, 2002). Los adolescentes con obesidad que desarrollan TCA presentan factores específicos potencialmente más elevados, como la preocupación excesiva por el peso y la figura, que los controles normopeso (Tanofsky-Kraff *et al.*, 2006).

En el estudio de Díaz Castillo (2013), encuentran que las mujeres con TCA, frente a mujeres que no los padecen, presentaron significativamente mayor Miedo a la Muerte, así mismo, también presentaron mayor evitación hacia la misma y finalmente, también presentaron mayor Aceptación de Escape ante la muerte, es decir, ven la muerte como un alivio de la carga de esta vida, piensan que la muerte pondría fin a todos sus problemas y consideran que la muerte proporciona un escape de este mundo de sufrimiento, es aquí donde se manifiesta la ideación suicida. A pesar que las mujeres con TCA tienen miedo a la muerte y por lo tanto la evitan, también la pueden llegar a desear.

Los síntomas de ansiedad en jóvenes con obesidad están relacionados con una disminución de la actividad física y un aumento de la ingesta como respuesta al estrés. Se ha sugerido que la preocupación por el peso y la figura,

la baja autoestima y la ansiedad pueden perpetuar la obesidad y actuar como barrera para lograr perder peso (Calderón, Forns y Varea, 2009; Tapia, 2006).

Puesto que la bibliografía consultada señala que los aspectos que relacionan el Autoconcepto Físico con ansiedad, obesidad y muerte están escasamente o nulamente estudiados, planteamos una investigación con el siguiente propósito, conocer y relacionar los resultados de las distintas dimensiones que integran el autoconcepto físico, diferentes tipos de ansiedad y el IMC en los estudiantes de enfermería y educación física de la UNACAR (México)".

OBJETIVOS

Los objetivos de este estudio son:

- Determinar y comparar el autoconcepto físico y los niveles de ansiedad entre los estudiantes de educación física con los de enfermería de la UNACAR.
- Determinar y comparar el autoconcepto físico y los niveles de ansiedad de los estudiantes de la UNACAR en función del ciclo educativo que estudian.
- Determinar y comparar el autoconcepto físico y los niveles de ansiedad de los estudiantes de educación física en función del género.
- Relacionar los factores el autoconcepto físico, la ansiedad y el Índice de Masa Corporal entre sí en los estudiantes de educación física y enfermería de la UNACAR.

MATERIAL Y MÉTODO

Participantes

La selección de la muestra fue determinada por los siguientes criterios: a.- edad cumplida superior a 17 e inferior a 25 años. b.- ser originarios, al igual que sus padres y que sus abuelos, de alguno de los estados mexicanos que conforman la península del Yucatán: Campeche, Quintana Roo, Yucatán o Chiapas, y que tienen fuerte arraigo en la cultura maya.

Al ser dispar el número de estudiantes matriculados en las Licenciaturas de Educación Física y Enfermería de la UNACAR, y con objeto de que los grupos a comparar fueran homogéneos en cuanto a número de participantes, se decidió: 1.- que la muestra de Educación Física estuviera compuesta por la totalidad de los 130 alumnos que cursaban esta especialidad y que cumplieran las condiciones de edad y origen; 2.- que la muestra de Enfermería estuviera compuesta por solo el 57 % de los 235 alumnos matriculados en estos estudios con las mismas condiciones. Los participantes de enfermería fueron seleccionados por

conglomerados, y elegidos al azar en cada uno de los cuatro ciclos que se cursaban durante ese semestre (Tabla 1)

Tabla 1. Constitución de la muestra distribuida por género, estudios y ciclo que realizan

Estudios	Ciclo 2		Ciclo 4		Ciclo 6		Ciclo 8		Total	%
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀		
Ed. Física	21	14	15	18	16	15	15	16	130	100%
Enfermería	4	33	5	28	7	25	8	24	134	57%
Total (♂-♀)	25	47	20	46	23	40	23	40	264	72,3%
Total Ciclo	72		66		63		63		264	

El 65,5 % de la muestra eran mujeres y el 34,5 % varones, siendo estos valores proporcionales al número de alumnos matriculados en cada uno de los estudios. El número de varones y mujeres en Educación Física es prácticamente semejante: el 51,5 % de varones y 48,5 % de mujeres, en cambio en Enfermería el porcentaje de mujeres es del 82,1 % y el de varones el 17,9 %.

Procedimiento

Tanto la Institución universitaria, como cada uno de los participantes aceptaron previamente mediante un consentimiento informado su participación en la investigación. La recogida de datos se efectuó en distintos días, pero siempre en la misma sala, a la misma hora y coordinados por los mismos investigadores, quienes facilitaron las instrucciones de cumplimentación del cuestionario y a continuación los participantes respondieron de forma anónima y voluntaria.

Instrumentos

Se realizó una encuesta individual y semiestructurada elaborada mediante un **cuestionario “ad hoc”** (Anexo 1), conformado por preguntas sociodemográficas, personales, de formación y práctica de actividad física que comprendía los siguientes datos: el sexo, la edad, los estudios en que estaban matriculados, semestre que cursaban en la actualidad, tiempo diario dedicado a la práctica regular de actividad física, así como el lugar de nacimiento de ellos, de sus padres y de sus abuelos. De igual forma, se midieron y pesaron a todos ellos para obtener el Índice de Masa Corporal (IMC).

El autoconcepto físico se evaluó a través del **Cuestionario (CAF)** de Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez, (2006). Está compuesto por 36 ítems que conforman 6 subescalas o dimensiones; cuatro subescalas principales: Habilidad Física (H), Condición Física (C), Atractivo Físico (A) y Fuerza (F), a la que añaden otras dos subescalas: Autoconcepto Físico General (AFG) y Autoconcepto General (AG) que hasta ese momento venían siendo entendidos como la media de las puntuaciones obtenidas en las cuatro primeras. El cuestionario está construido a través de una escala Likert de 5 respuestas: falso = 0, casi siempre falso = 1, a veces verdadero/falso = 2, casi siempre verdadero = 3, verdadero = 4.

La ansiedad se evaluó mediante el **Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)** de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1982), que a pesar de su

antigüedad es el cuestionario más aceptado y uno de los más utilizados para medir la ansiedad (Muñiz y Fernández-Hermida (2010); Guillén y Buela (2011)). Se compone de dos subescalas que miden dos conceptos independientes de la ansiedad: estado y rasgo. Cada una de ellas está constituida por una escala tipo Likert con cuatro opciones. La subescala rasgo con respuestas: casi nunca = 0; a veces = 1; a menudo = 2 y casi siempre = 3. La subescala estado: nada = 0; algo = 1; bastante = 2 y mucho = 3.

La Escala de Ansiedad ante Procesos Terminales de Templer (1970), ha sido adaptada en 2010 por Rivera y Montero para México, está compuesta por 15 ítems con respuestas en una escala Likert de 1 a 4, siendo por tanto el valor 15 el mínimo y el 60 el máximo.

Análisis de datos

Para analizar la consistencia interna de los instrumentos se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach. Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables utilizadas en el estudio.

Para determinar la existencia o no de diferencias significativas entre variables, y al no contemplar la mayoría de éstas una distribución normal, se utilizó la prueba de rangos con signo de Wilcoxon. Ante la disparidad de número de varones respecto al de mujeres en el alumnado de enfermería, se optó por establecer comparaciones por sexo, respecto a las distintas variables solo en la del alumnado de educación física.

Las relaciones existentes entre variables se obtuvieron mediante el coeficiente de correlación bivariado de Spearman.

Se utilizó el programa SPSS en su versión 20.0 para el análisis de datos

RESULTADOS

Todos los instrumentos utilizados fueron sometidos a un análisis de la fiabilidad, mediante el alfa de Cronbach. La fiabilidad del CAF es de 0,935; la del STAI para la AR 0,856 y para la AE 0,871; para la Escala de Templer es de 0,888.

En cuanto al IMC de los participantes se muestra en la tabla 2. En función de los estudios que cursan, se aprecia que existen diferencias estadísticas significativas. Señalar que dichas diferencias se deben al hecho de los valores extremos del IMC, ninguno de los estudiantes de Educación Física es obeso.

Tabla 2. Frecuencias absolutas y relativas del IMC de la población en función del género y estudios que realizan según la clasificación de la OMS

CLASIFICACIÓN	IMC	ENFERMERÍA				EDUCACIÓN FÍSICA			
		♂		♀		♂		♀	
		N=24	%	N=110	%	N=67	%	N=63	%
Bajo Peso	<18,50	-		2	1,8	4	6	2	3,2
Normopeso	18,50 – 24,99	18	75	64	58,2	49	73,1	57	90,5
Sobrepeso	25 – 29,99	5	20,8	26	23,6	14	20,9	4	6,3
Obesidad	≥30	1	4,2	18	16,4	-		-	

Asimismo existen diferencias estadísticas significativas ($p = 0,000$) respecto a la actividad física diaria que realizan los participantes en función de la titulación que cursan. Los estudiantes de educación física dedican una media de $175,2 \pm 45,6$ minutos de actividad física diaria a diferencia de los alumnos de enfermería que dedican una media de $46,8 \pm 38,4$ minutos, correspondientes al ejercicio que realizan como parte de su formación académica.

Autoconcepto físico y ansiedad. Educación Física vs Enfermería

Al comparar el autoconcepto físico y la ansiedad entre estudiantes de ambas titulaciones se encuentran diferencias estadísticas significativas en todas las dimensiones del CAF ($p = 0,000$) a excepción del Autoconcepto General ($p = 0,083$) en el que no existen diferencias entre los estudiantes de educación física y los de enfermería.

Al contrastar estas dos poblaciones en las distintas dimensiones de ansiedad encontramos diferencias estadísticas significativas en la AE ($p=0,000$), presentando los estudiantes de enfermería mayores puntuaciones absolutas. No existen diferencias estadísticas ni en la AR, ni en la ansiedad ante los procesos terminales (ver tabla 3).

Tabla 3. Valoración del autoconcepto físico y ansiedad en sus distintas dimensiones en función de los estudios que realizan. Comparación por estudios

		Total N=264	Rango	Enfer. N=134	Rango	E. F. N=130	Rango	Z	p	Sig
Hab. Física	Med	16,05	0	13,72	0	18,45	6	-6,96	0,000	***
	SD	5,54	24	5,10	24	4,94	24			
Cond. Física	Med	14,37	0	12,22	0	16,58	4	-6,22	0,000	***
	SD	5,72	24	5,55	24	5,02	24			
Fuerza	Med	13,58	0	11,97	0	15,24	5	-5,39	0,000	***
	SD	4,88	24	5,34	24	3,71	24			
Atractivo Físico	Med	16,16	0	14,17	0	18,20	8	-5,57	0,000	***
	SD	5,67	24	5,97	24	4,54	24			
Autoc. Fis.Gen.	Med	16,61	0	15,02	0	18,24	10	-4,27	0,000	***
	SD	5,52	24	6,09	24	4,32	24			
Autoc. General	Med	16,37	5	15,91	5	16,84	6	-1,73	0,083	n/s
	SD	4,64	24	4,75	24	4,50	24			
Ansiedad Estado	Med	19,02	1	20,57	3	17,43	1	-2,60	0,009	**
	SD	8,86	46	9,35	46	8,05	35			
Ansiedad Rasgo	Med	21,36	3	21,25	3	21,47	6	-0,28	0,777	n/s
	SD	9,25	49	9,47	49	9,07	44			
Ansiedad Proc Ter.	Med	27,89	15	27,59	15	28,20	15	-0,08	0,934	n/s
	SD	9,47	57	8,58	53	10,34	57			

(n/s) $p > 0,05$; (*) $0,05 > p > 0,01$ (**) $0,01 > p > 0,001$ (***) $0,001 > p$

Autoconcepto físico y ansiedad. Ciclos superiores vs Ciclos inferiores

Tabla 4. Valoración del autoconcepto físico y ansiedad en función del ciclo que cursan.
Comparación de los ciclos superiores con los inferiores

Factor		Total N=264	Ciclos 2-4 N=138	Rango	Ciclos 6-8 N=126	Rango	Z	P	Sig.
Hab. Física	Med	16,05	14,70	0	17,52	6	-3,868	0,000	***
	SD	5,54	5,60	24	5,10	24			
Cond. Física	Med	14,37	13,25	0	15,60	4	-3,111	0,002	**
	SD	5,72	5,63	24	5,59	24			
Fuerza	Med	13,58	12,93	0	14,29	3	-2,002	0,045	*
	SD	4,88	5,12	24	4,51	23			
Atractivo Físico	Med	16,16	15,78	0	16,56	3	-1,097	0,273	n/s
	SD	5,67	5,62	24	5,72	24			
Autoc. Fis.Gen.	Med	16,61	15,77	0	17,52	3	-2,561	0,010	**
	SD	5,52	5,62	24	5,29	24			
Autoc. General	Med	16,37	16,18	5	16,57	6	-0,608	0,543	n/s
	SD	4,64	4,64	24	4,66	24			
Ansiedad Estado	Med	19,02	20,33	1	17,60	1	-2,690	0,007	**
	SD	8,86	8,77	46	8,77	40			
Ansiedad Rasgo	Med	21,36	22,28	6	20,35	3	-1,834	0,067	n/s
	SD	9,25	9,60	49	8,79	44			
Ansiedad Proc. Ter.	Med	27,89	30,25	15	25,30	15	-3,502	0,000	***
	SD	9,47	10,69	57	7,11	47			

(n/s) $p > 0,05$; (*) $0,05 > p > 0,01$ (**) $0,01 > p > 0,001$ (***) $0,001 > p$

Al estudiar los resultados obtenidos en cada una de las dimensiones del CAF en función del ciclo que realizan, y habiendo agrupado en una categoría a los participantes de los ciclos más bajos (2-4) y en otra a los que cursaban los ciclos más altos (6-8), obtenemos en todos los casos valores absolutos mayores en los alumnos que cursan los ciclos superiores (6-8). Si bien no se hayan diferencias estadísticas significativas en dos dimensiones: Autoconcepto General y Atractivo Físico. Con respecto a la ansiedad, encontramos diferencias

estadísticas significativas en la AE y la AT. Si bien en todas, incluida la AR, los valores absolutos son superiores en el alumnado novel respecto al veterano. Es decir, más AE, AR y ansiedad ante los procesos terminales en los cursos inferiores (ver tabla 4).

Autoconcepto físico y ansiedad. Comparación por género en estudiantes de Educación Física

Se aprecia que los varones presentan mayores valores absolutos en todas las dimensiones del CAF. Hallándose diferencias estadísticas significativas en solo tres de ellas, en la percepción que tienen sobre su fuerza y condición física y en el autoconcepto general (ver tabla 5).

En cuanto a la ansiedad, son las mujeres las que presentan mayores niveles de ansiedad. Tal y como se aprecia en la tabla 5 existen diferencias estadísticas significativas en la AE, y cierta tendencia a la significación en la AR ($p=0,051$). No hallándose diferencias estadísticas en la AT (ansiedad ante los procesos terminales).

Tabla 5. Valoración del autoconcepto físico y ansiedad. Comparación por género en los estudiantes de Educación Física

<i>Factor</i>		<i>Total N=130</i>	<i>♂ N=67</i>	<i>♀ N=63</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>	<i>Sig.</i>
Hab. Física	Med	18,45	18,66	18,22	-0,63	0,532	n/s
	SD	4,94	4,98	4,92			
Cond. Física	Med	16,58	18,28	14,76	-3,14	0,002	**
	SD	5,02	3,99	5,39			
Fuerza	Med	15,24	16,15	14,27	-2,88	0,004	**
	SD	3,71	3,40	3,79			
Atractivo Físico	Med	18,20	18,91	17,44	-1,40	0,162	n/s
	SD	4,54	3,78	5,15			
Autoc. Fís.Gen.	Med	18,24	19,07	17,35	-0,25	0,802	n/s
	SD	4,32	4,23	4,28			
Autoc. General	Med	16,84	16,67	17,02	-2,36	0,018	*
	SD	4,50	4,70	4,30			
Ansiedad Estado	Med	17,43	14,88	20,14	-3,69	0'000	***
	SD	8,05	8,17	7,02			
Ansiedad Rasgo	Med	21,47	19,67	23,38	-1,95	0,051	n/s
	SD	9,07	9,76	7,89			
Ansiedad Proc.Ter.	Med	28,20	28,03	28,38	-0,57	0,568	n/s
	SD	10,34	11,01	9,66			

(n/s) $p > 0,05$; (*) $0,05 > p > 0,01$ (**) $0,01 > p > 0,001$ (***) $0,001 > p$

Autoconcepto Físico, Ansiedad e Índice de Masa Corporal en estudiantes de la UNACAR

Tabla 6. Matriz de correlación entre los distintos factores de Ansiedad, Autoconcepto Físico y el IMC

	IMC	Templ	Estado	Rasgo	Habil	C. Fis	Fuerz	Atrac	A G	AFG
IMC	1									
Templer	-0,076 0,220	1								
Estado	0,086 0,166	0,230 0,000	1							
Rasgo	0,042 0,494	0,445 0,000	0,585 0,000	1						
Habilidad	-0,406 0,000	-0,212 0,001	-0,248 0,000	-0,255 0,000	1					
C. Física	-0,409 0,000	-0,169 0,006	-0,238 0,000	-0,195 0,001	0,694 0,000	1				
Fuerza	-0,312 0,000	-0,031 0,616	-0,095 0,125	-0,146 0,017	0,655 0,000	0,679 0,000	1			
Atractivo	-0,429 0,000	-0,027 0,657	-0,385 0,000	-0,435 0,000	0,443 0,000	0,465 0,000	0,520 0,000	1		
A.G.	-0,240 0,000	-0,286 0,000	-0,414 0,000	-0,606 0,000	0,455 0,000	0,392 0,000	0,276 0,000	0,544 0,000	1	
A.F.G.	-0,406 0,000	-0,178 0,004	-0,482 0,000	-0,497 0,000	0,526 0,000	0,576 0,000	0,494 0,000	0,842 0,000	0,592 0,000	1

(n/s) $p > 0,05$; (*) $0,05 > p > 0,01$ (**) $0,01 > p > 0,001$ (***) $0,001 > p$

En la tabla 6 observamos la correlación existente entre el IMC, las dimensiones del Autoconcepto Físico y los tres distintos tipos de Ansiedad estudiados.

Indicar que no existe correlación entre el IMC y la AE, AR, AT. Sin embargo hay que señalar que se aprecia como el IMC correlaciona negativamente con todas las dimensiones del CAF, a mayor IMC peor resultado en todas las dimensiones.

DISCUSIÓN

Autoconcepto físico y ansiedad. Educación Física vs Enfermería

En relación al primer objetivo, los datos de nuestra investigación reflejan valores significativamente superiores de los estudiantes de Educación Física con respecto a los de Enfermería en prácticamente todas las dimensiones específicas, siendo el Autoconcepto General prácticamente insensible a esta comparación. Nuestros resultados respecto al Autoconcepto General, están en la línea de los encontrados por Contreras, Fernández, García, Palou, y Ponseti, (2010), los de Goñi, Ruiz de Azúa, y Rodríguez, (2004) y los de Moreno y Cervelló, (2005).

Nuestros resultados también muestran que los estudiantes de enfermería presentan niveles de ansiedad estado superiores a los de educación física siendo la ansiedad rasgo y la referente a procesos terminales inferiores en los alumnos de enfermería aunque no existen diferencias significativas. Sugerimos que la ansiedad estado puede estar relacionada con el tipo de estudios o contenidos de los que se trata en enfermería, así como la responsabilidad que

conlleve la práctica durante su formación. Numerosos estudios han puesto de manifiesto cómo los alumnos de ciencias de la salud, entre ellos los de enfermería, durante su formación están sometidos a muchos más factores estresantes y más potentes que los de otras carreras (Benbunan, Cruz-Quintana, Roa, Villaverde y Benbunan, 2007).

Por otra parte, que no haya diferencias en ansiedad ante los procesos terminales estaría indicando que no hay una especial preocupación por la muerte en las poblaciones estudiadas, aceptan que a pesar que la muerte es inevitable, universal e irreversible, no obstante, la ven como algo lejano y que no les atañe. La literatura informa que a pesar de que los más jóvenes son los que vivencian todo lo relacionado con la muerte con mayor ansiedad la ansiedad ante la muerte tiende a disminuir con la edad (López Castedo *et al.*, 2004; Schmidt Rio-Valle, 2007).

Autoconcepto físico y ansiedad. Ciclos superiores Vs Ciclos inferiores

En relación con el segundo objetivo, nuestro trabajo refleja que con el aumento de la edad hay una mejora que fluctúa desde significativa a altamente significativa en la percepción que tienen los estudiantes en las dimensiones de Fuerza, Condición Física y Autoconcepto físico general y Habilidad; no encontrando nuevamente diferencias ni en el Atractivo Físico ni en el autoconcepto General. Goñi, Ruiz de Azúa, y Rodríguez, 2004 estudian la tendencia de estas dimensiones no encontrando diferencias en edades preadolescentes ni tampoco tendencias evolutivas que respondan a ningún patrón determinado. Moreno, Cervelló y Moreno (2008) al comparar grupos de sujetos de 18 a 20 años con los de 20 a 23 no encontraron diferencias entre sí, aunque sí con grupos de menor edad. Los resultados de Soriano, Navas y Holgado (2011) coinciden con los encontrados en varias investigaciones precedentes (Esnaola, 2008; Moreno *et al.*, 2008; Novo y Silva, 2003) donde se obtiene un descenso estadísticamente significativo en las puntuaciones de autoconcepto físico, condición física, fuerza y atractivo físico, conforme aumenta la edad. Los datos de la literatura plantean que habría que incidir en estudios que profundicen teniendo en cuenta otros factores diferentes a la edad.

Tomando en cuenta lo anterior, nuestros resultados sugieren que la formación puede ser una variable moduladora del autoconcepto físico y la ansiedad. Respecto al CAF en los ciclos inferiores es más baja y mejora a medida que se va avanzando en los cursos formativos, en todas las variables. Se puede plantear, desde esta perspectiva, que a mayor formación aumenta de forma significativa la habilidad física, la condición física, la fuerza y el autoconcepto físico general. Se ha planteado que el desarrollo de programas experienciales contribuye a aumentar la conciencia de las actitudes personales y el incremento de la competencia percibida (Schmidt- Rio Valle *et al.*, 2012).

Respecto a la ansiedad, la literatura informa que la formación permite enfrentarse mejor a los procesos terminales, es una variable que regula la propia ansiedad estado y mejora considerablemente el afrontamiento ante la muerte de los futuros profesionales de ciencias de la salud. Según la bibliografía consultada, una mejor formación permite a los profesionales sanitarios un mayor

afrontamiento ante tareas y situaciones clínicas estresantes y un incremento de la calidad asistencial en los procesos de fin de vida, de modo que expresan sentirse más preparados y capaces de trabajar con pacientes en procesos de fin de vida (Benbunan *et al.*, 2007; Marti-Garcia *et al.*, 2014; Schmid-Rio Valle *et al.*, 2012)

Autoconcepto físico y ansiedad. Comparación por género en estudiantes de Educación Física

En relación con el tercer objetivo, hemos podido comprobar las diferencias muy significativas en las dimensiones de Condición Física y Fuerza a favor de los varones y significativas en el Autoconcepto General a favor de las mujeres. Los varones valoran mejor su habilidad física, condición física, fuerza, atractivo físico y autoconcepto físico general que las mujeres, si bien el autoconcepto general de los varones es menor que el de las mujeres. Los trabajos consultados coinciden en estas dos dimensiones con nuestros resultados, si bien en Habilidades, Atractivo Físico y Autoconcepto Físico General los resultados de los varones sí que presentan valores significativamente superiores al de mujeres y en nuestro caso no son significativas (Crocker, Eklund y Kowalski, 2000; Moreno *et al.*, 2008). Se ha planteado que el autoconcepto juega una posición determinante en el complejo proceso del desarrollo psicosocial de los individuos, donde se enmarca la relevancia del mismo para llegar a comprender la forma en que los sujetos regulan sus propias conductas en diferentes contextos como lo son: familiar, social, académico, físico, emocional. Los estudios en autoconcepto muestran que en el mismo intervienen variables diferentes que la condición física, existiendo estudios que muestran el peso de la dimensión emocional a favor de las mujeres en la formación del autoconcepto general (González y Landero, 2008; Fariña, Arce, Novo, Seijo, Vázquez, 2005).

Los datos encontrados en la población de estudiantes de Educación Física sobre la percepción del dominio de las habilidades, tal y como adelantábamos, no son coincidentes con los encontrados por Moreno, Cervelló, Vera y Ruiz Pérez (2007), donde las mujeres obtienen peor autoconcepto que los varones y que los valores de esta dimensión son sensiblemente superiores al resto de las relacionadas con la práctica de la actividad física (Contreras *et al.*, 2010). Como podemos observar, en nuestra población no existen diferencias significativas y los valores absolutos en esta dimensión son prácticamente semejantes.

Distintos trabajos nos dicen que los hombres se sienten más a gusto con su cuerpo que las mujeres y generalmente se consideran con buena presencia física (Dieppa *et al.*, 2008; Ruiz de Azúa, Rodríguez y Goñi, 2005). Este hecho puede explicarse, tal y como recoge Dieppa *et al.* (2008), porque los nuevos cánones de belleza están cada vez más acentuados tanto en varones como en mujeres y porque las mujeres son mucho más críticas y exigentes con sus cuerpos que los hombres.

Respecto a la ansiedad estado, las mujeres presentan niveles superiores significativos a los varones y también se observa una tendencia a la significación en la ansiedad rasgo. Uno de los atributos más comunes del autoconcepto y la

autoestima en nuestra sociedad occidental, es la valoración de la apariencia física, teniendo un impacto fundamental en la autovaloración de la gran mayoría de las personas. Se sabe que durante los años de la adolescencia y juventud sobre todo, existe una gran presión social hacia el atractivo físico (Gervilla, 2002; McCabe y Ricciardelli, 2004). Diferentes estudios han señalado la mayor preocupación que muestran las mujeres por su cuerpo y su imagen, siendo más críticas que los hombres y manifestando mayores niveles de ansiedad asociados a esta presión social por el cuerpo. La literatura informa del peso que tienen, sobre el cuerpo femenino, los modelos de exigencia social basados en los estereotipos del cuerpo perfecto (Raich, 2004), y la exigencia en proyectar socialmente una imagen de "belleza y delgadez" (Pastor y Bonilla, 2000). Las mujeres parecen mostrar de manera significativa mayor preocupación que los hombres por su cuerpo (Maganto y Cruz, 2000; Sampedro, Tornero, Carnero y Sierra, 2012). Lawrie, Sullivan, Davies, y Hill, (2006), inciden en que los medios publicitarios tienen mucha responsabilidad en que las mujeres comiencen más prontamente a preocuparse por su cuerpo.

No se encuentran diferencias entre hombres y mujeres respecto a la ansiedad ante los procesos terminales. Nuestros datos sugieren, por una parte, que los alumnos y alumnas de Educación física no contemplan la muerte como un tema de preocupación, y por otra es evidente que estas temáticas no forman parte de su formación.

Autoconcepto Físico, Ansiedad e Índice de Masa Corporal en estudiantes de la UNACAR

Respecto al último de los objetivos planteados, en nuestro trabajo no hemos encontrado asociación alguna entre el IMC y los distintos tipos de ansiedad estudiados aunque en la actualidad se han realizado trabajos en donde se concluyen relaciones positivas entre ambas (Jorm *et al.*, 2003; Tapia, 2006). Estos resultados hay que tomarlos con cautela puesto que, en nuestra población de estudio, no existe una proporcionalidad entre el número de participantes obesos/sobrepeso y normopeso. La bibliografía señala que a mayor IMC mayor asociación de problemas psicológicos y de ansiedad (Collipal *et al.*, 2006).

En nuestros resultados se aprecia un efecto directo entre el IMC y las dimensiones del CAF. Existe una correlación negativa, a mayor IMC menor puntuación en las distintas dimensiones del CAF. Estos datos, a pesar de que no estamos ante una muestra clínica ni con altos niveles de sobrepeso, están en sintonía con lo que muestra la bibliografía respecto a que un mayor IMC se relaciona con un peor autoconcepto (Adams y Bukowski, 2008; Jelalian *et al.*, 2011; Wallander *et al.*, 2009) y mayor riesgo de presentar síntomas de ansiedad y/o alteraciones emocionales (Eremis *et al.*, 2004; Scott *et al.*, 2008).

CONCLUSIONES

Los datos de nuestra investigación reflejan valores significativamente superiores de los estudiantes de Educación Física con respecto a los de

Enfermería en prácticamente todas las dimensiones específicas, a excepción del Autoconcepto General.

Nuestros resultados también muestran que los estudiantes de enfermería presentan niveles de ansiedad estado superiores a los de educación física pudiendo estar asociada con el tipo de estudios o contenidos de los que se trata en enfermería, así como con la responsabilidad que conlleva la práctica durante su formación. La formación y no la edad, para ambas muestras, puede ser una variable moduladora del autoconcepto físico y la ansiedad.

En los estudiantes de educación física, las mujeres presentan mayor autoconcepto general que los varones y niveles superiores de ansiedad estado. En estos estudiantes no se encuentran diferencias entre hombres y mujeres respecto a la ansiedad ante los procesos terminales. Nuestros datos sugieren, por una parte, que los alumnos y alumnas de Educación física no contemplan la muerte como un tema de preocupación, y por otra es evidente que estas temáticas no forman parte de su formación. No hemos encontrado asociación alguna entre el IMC y los distintos tipos de ansiedad estudiados aunque se aprecia un efecto directo entre el IMC y las dimensiones del CAF, a mayor IMC menor puntuación en las distintas dimensiones del CAF.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, R. E., y Bukowski, W. M. (2008). Peer victimization as a predictor of depression and body mass index in obese and non-obese adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(8), 858-866. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01886.x>
- Alvariñas, M., y González, M. (2004). Relación entre la práctica físico-deportiva extraescolar y el autoconcepto físico en la adolescencia. *Revista de Educación Física*, 94, 5-8.
- Arruza-Gabilondo, J.A., González-Rodríguez, O., Palacios-Moreno, M., Arribas-Galarraga, S., y Cechini-Estrada, J.A. (2012). Validación del Competitive State Anxiety Inventory 2 (CSAI – 2 RE) mediante una aplicación Web. *Rev. Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 12(47), 539-556.
- Au, A. C., Lau, S., y Lee, M. T. (2009). Suicide ideation and depression: the moderation effects of family cohesion and social self-concept. *Adolescence*, 44(176), 851-868.
- Axelsson, L., y Ejlertsson, G. (2002). Self-reported health, self-esteem and social support among young unemployed people: a population based study. *International Journal of Social Welfare*, 11(2), 11-119. <http://dx.doi.org/10.1111/1468-2397.00205>
- Ayora, D. (1997). *Factores psicológicos, sociales, estructurales y de rendimiento de la educación físico-deportiva en adolescentes*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.
- Bagley, C., y Mallick, K. (2001) Normative Data and Mental Health Construct Validity for the Rosenberg Self-Esteem Scale in British Adolescents, *International Journal of Adolescence and Youth*, 9,(2-3), 117-126, DOI: 10.1080/02673843.2001.9747871 <http://dx.doi.org/10.1080/02673843.2001.9747871>
- Benbunan-Bentata, B., Cruz-Quintana, F., Roa-Venegas J. M., Villaverde-Gutiérrez C., y Benbunan-Bentata B. R. (2007b). Afrontamiento del dolor y la muerte en

- estudiantes de enfermería: una propuesta de intervención. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 197-205.
- Beltrán Martínez, S. (2014). Los miedos en la pre-adolescencia y adolescencia y su relación con la autoestima: Un análisis por edad y sexo. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(1), 27-36.
- Bhatti, U. H., Khalid, U., Zakaira, M. M., y Afridi, I. M. (2011). Prevalence of specific fears in children of karachi. *European Psychiatry*, 26, 139-144. [http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(11\)71850-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(11)71850-8)
- Burkhardt, K., Loxton, H., Kagee, A., y Ollendick, T.H. (2012). Construction and Validation of the South African Version of the Fear Survey Schedule for Children: An Exploratory Factor Analysis. *Behavior Therapy*, 43, 570-582. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2012.02.001>
- Caballo, V. E., González, S., Alonso, V., Guillén, J. L., Garrido, L., e Irurtia, M. J. (2006). Los miedos infantiles: Un análisis por edades y sexo. *Revista Humanitas*, 3, 16-22.
- Calderon, C., Forns, M., y Varea, V. (2009). Obesidad infantil: ansiedad y síntomas cognitivos y conductuales propios de los trastornos de alimentación. *An Pediatr (Bar)*. 71(6), 489-494. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2009.07.030>
- Candel, N., Olmedilla, A., y Blas, A. (2008). Relaciones entre la práctica de actividad física y el autoconcepto, la ansiedad y la depresión en chicas adolescentes. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 8(1), 61-68.
- Cano-Vindel, A., y Miguel-Tobal, J. J. (2001). *Emoción y Salud. (Monografía de Ansiedad y Estrés)*. Murcia: Compobell.
- Cano-Vindel, A. (2011). Los desórdenes emocionales en Atención Primaria. *Ansiedad y Estrés*, 17, 73-95.
- Cano-Vindel, A., Salguero, J. M., Wood, C. M., Dongil, E., y Latorre, J. M. (2012). La depresión en Atención Primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 33, 2-11.
- Cava, M.J. (1998). *Elaboración y evaluación de un programa de intervención para la potenciación de la autoestima*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.
- Cilliers, J., Senekal, M., y Kunneke, E. (2006). The association between the body mass index of first-year female university students and their weight-related perceptions and practices, psychological health, physical activity and other physical health indicators. *Public Health Nutrition*, 9(2), 234-243. <http://dx.doi.org/10.1079/PHN2005846>
- Collipal, E., Silva, H., Vargas, R., y Martínez, C. (2006). Significado de la obesidad para los adolescentes de Temuco-Chile. *Int. J. Morphol.*, 24(2), 259-262. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022006000300022>
- Contreras, O.R., Fernández, J.G., García, L.M., Palou, P., y Ponseti, J. (2010). El autoconcepto físico y su relación con la práctica deportiva en estudiantes adolescentes. *Rev. Psicología del Deporte*, 19(1), 23-39.
- Crocker, P.R.E., Eklund, R.C., y Kowalski, K.C. (2000). Children's physical activity and physical self-perceptions. *Journal of Sport Sciences*, 18, 383-394. <http://dx.doi.org/10.1080/02640410050074313>
- Cruz, S., y Maganto, C. (2002). Índice de masa corporal, preocupación por la delgadez y satisfacción corporal en adolescentes. *Revista de Psicología General Aplicada*, 55(3), 455-473.
- Dave, D., y Rashad, I. (2009). Overweight status, self-perception, and suicidal behaviors among adolescents. *Soc Sci Med*, 68(9), 1685-1691. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.02.015>
- Díaz Castillo, R. (2013). La Actitud hacia la Muerte en los Trastornos del Comportamiento Alimentario. Tesis de Maestría. Toluca (Estado de México). <http://ri.uaemex.mx/handle/123456789/14423>

- Dieppa, M., Machargo, J., Luján, I., y Guillén, F. (2008). Autoconcepto general y físico en jóvenes españoles y brasileños que practican actividades Físicas Vs. no practicantes. *Revista de Psicología del Deporte*, 17(2), 221-239.
- Doyle, A. C., Le Grange, D., Goldschmidt, A., y Wilfley, D. E. (2007). Psychosocial and physical impairment in overweight adolescents at high risk for eating disorders. *Obesity*, 15, 145-154. <http://dx.doi.org/10.1038/oby.2007.515>
- Du Toit, L., Venter, R. E., y Potgieter, J. R. (2005). The relationship between cardiorespiratory fitness, body composition and physical self-perception of adolescent girls. *Journal of Human Movement Studies*, 48(5), 353-364.
- Eddy, L., Moral, I., Frutos, E., Brotons, C., Calvo, M., y Aloy, G. (2013).Avaluació de l'autoconcepte dels adolescents amb excés de pes (Estudi Obescat). *Pediatría Catalana*, 73(3), 107-112.
- Eremis, S., Cetin, N., Tamar, M., Bukusoglu, N., Akdeniz, F., y Goksen, D. (2004). Is obesity a risk factor for psychopathology among adolescents?. *Pediatr Int*, 46, 296-301. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1442-200x.2004.01882.x>
- Esnaola, I. (2008). El autoconcepto físico durante el ciclo vital. *Anales de Psicología*, 24(1), 1-8.
- Esnaola, I., Goñi, A., y Madariaga, J.M. (2008). El autoconcepto: perspectivas de investigación. *Revista de Psicodidáctica*, 13(1), 179-194.
- Fariña, F., Arce, R., Novo, M., Seijo, D., y Vázquez, M.J. (2005). Estudio de la incidencia de las variables psicosociales y cognitivas en el comportamiento antisocial dentro del contexto escolar. In Centro de Investigación y Documentación Educativa (Ed.), *Premios nacionales de investigación educativa 2003* (pp.127-155). Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.
- Fox, K.R. (2000). Self-esteem, self-perceptions and exercise. *International Journal of Sport Psychology*, 31, 228-240.
- Fuentes, M.C., García, J.F., Gracia, E., y Lila, M. (2011). Autoconcepto y ajuste psicosocial en la adolescencia. *Psicothema*, 23(1), 7-12.
- Garaigordobil, M., Perez, J. I., y Mozaz, M. (2008). Self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms. *Psicothema*, 20(1), 114-123.
- García, A.J., Martín, M., y Bohórquez, R. (2012). Autoestima como variable psicosocial predictora de la actividad física en personas mayores, *Rev. Psicología del Deporte*, 21(1), 195-200.
- Gervilla, E. (2002). La tiranía de la belleza, un problema educativo hoy. La estética del cuerpo como valor y como problema. *Teoría de la Educación*, 14, 185-206.
- Goldschmidt, A.B., Passi, V., Sinton, M.M., Tanofsky-Kraff, M., y Wilfley, D.E. (2008). Disordered eating attitudes and behaviors in overweight youth. *Obesity*, 16, 257-264. <http://dx.doi.org/10.1038/oby.2007.48>
- Gómez-Vela, M. Verdugo, M.A., y González Gil, F. (2007). Calidad de vida y autoconcepto en adolescentes con necesidades educativas especiales y sin ellas. *Infancia y aprendizaje*, 30(4), 499-522. <http://dx.doi.org/10.1174/021037007782334300>
- González Fernández, O. (2011). *La presión sociocultural percibida sobre el autoconcepto físico: naturaleza, medida y variabilidad*. Tesis Doctoral: Universidad del País Vasco.
- González Ramírez, M.T., y Landero Hernández, R. (2008). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicosomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Rev Panam Salud Publica*, 23(1), 7-18. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892008000100002>
- Goñi, A., Ruiz de Azúa, S., y Rodríguez, A. (2004). Deporte y autoconcepto físico en la preadolescencia. *Apunts: Educación Física y Deportes*, 77, 18-24.
- Goñi, A., Ruiz de Azúa, S., y Rodríguez, A. (2006). *Cuestionario de Autoconcepto Físico*. Madrid: EOS.

- Gracia, E., Herrero, J., y Musitu, G. (1995). *El apoyo social*. Barcelona: PPU.
- Guillen, F., y Ramírez, M. (2011). Relación entre el autoconcepto y la condición física en alumnos de Tercer Ciclo de Primaria. *Rev. Psicología del Deporte*, 20(1), 45-59.
- Guillen-Riquelme, A., y Buela-Casal, G. (2011). Actualización Psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicotema*, 23(3), 510-515.
- Haro, J.M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., Alonso, J., y el Grupo ESEMeD-España. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica (Barc)*. 126(12):445-51.
- Herrero, J. (1994). *Estresores sociales y recursos sociales. El papel del apoyo social en el ajuste biopsicosocial*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología.Universidad de Valencia. <http://dx.doi.org/10.1157/13086324>
- Huebner, E. S. (2004). Research on assessment of life satisfaction of children and adolescents. *Social Indicators Research*, 66 (1-2), 3-33. http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4020-2312-5_2
<http://dx.doi.org/10.1023/b:soci.0000007497.57754.e3>
- Infante, G., Goñi, A., y Villarroel, J.D. (2011). Actividad física y autoconcepto físico y general a lo largo de la edad adulta. *Rev. Psicología del Deporte*, 20(2), 429-444.
- Jelalian, E., Sato, A., y Hart, C. N. (2011). The Effect of Group-Based Weight-Control Intervention on Adolescent Psychosocial Outcomes: Perceived Peer Rejection, Social Anxiety, and Self-Concept. *Childrens Health Care*, 40(3), 197-211. <http://dx.doi.org/10.1080/02739615.2011.590391>
- Jorm, A.F., Korten, A.E., Christensen, H., Jacomb, P.A., Rodgers, B., y Parslow, R.A. (2003). Association of obesity with anxiety, depression and emotional well-being: a community survey. *Aust N Z J Public Health*, 27(4), 434-440. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-842X.2003.tb00423.x>
- Lawrie, Z., Sullivan, E.A., Davies, P.S., y Hill, R.J. (2006). Media influence on the body image of children and adolescents. *Eat Disord* 14(5), 355-64. <http://dx.doi.org/10.1080/10640260600952506>
- Limonero, J.T. (1997). Ansiedad ante la muerte. *Rev. Ansiedad y estrés*, 3(1), 37-46.
- Limonero, J.T., Sábado J.T., y Fernández-Castro, J. (2006). Relación entre Inteligencia Emocional Percibida y Ansiedad ante la Muerte en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 267-278.
- López Castedo, A., Sueiro, E., y López García M.C. (2004). Ansiedad ante la muerte en la adolescencia. *Rev. Galego-Portuguesa de Psicología e Educación*, 9(11) 1138-1663.
- Madge, N., Hawton, K., McMahon, E. M., Corcoran, P., De Leo, D., de Wilde, E. J. y Arensman, E. (2011). Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *European Child Adolescence Psychiatry*, 20(10), 499-508. <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-011-0210-4>
- Maganto, C., y Cruz, S. (2000). La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 30, 45-48.
- Marti-García, C., García-Caro, M.P., Schmidt-RioValle, J., Fernández-Alcántara, M., Montoya-Juárez, R., y Cruz-Quintana, F. (2014). Formación en cuidados paliativos y efecto en la evaluación emocional de imágenes de muerte. *MedPaliat*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2013.12.007>
- McCabe, M. P., y Ricciardelli, L. A. (2004). Body image dissatisfaction among males across the lifespan: A review of past literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 675-685. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00129-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00129-6)

- Mata, J., Silva, M. N., Vieira, P. N., Carraça, E. V., Andrade, A. M., Coutinho, S. R. y Teixeira, P. J. (2011). Motivational "spill-over" during weight control: Increased self-determination and exercise intrinsic motivation predict eating self-regulation. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, 1(S), 49-59. <http://dx.doi.org/10.1037/2157-3905.1.S.49>
- Mitchell, N.G., Moore, J.B., Bibeau, W.S., y Rudasill, K.M. (2012). Cardiovascular fitness moderates the relations between estimates of obesity and physical self-perceptions in rural elementary school students. *Journal of Physical Activity and Health*, 9(2), 288-294. <http://dx.doi.org/10.1123/jpah.9.2.288>
- Molero, D., Zagalaz, M.L., y Cachón, J. (2013). Estudio comparativo del autoconcepto físico a lo largo del ciclo vital. *Rev. de Psicología del Deporte*, 22(1), 135-142.
- Moreno, J.A., y Cervelló, E. (2005). Physical self-perception in spanish adolescents: effects of gender and involvement in physical activity. *Journal of Human Movement Studies*, 48, 291-311.
- Moreno, J.A., Cervelló, E., Vera, J.A., y Ruiz Pérez, L.M. (2007). Physical Self-Concept of Spanish Schoolchildren: Differences by Gender, Sport Practice and Levels of Sport Involvement. *Journal of Education and Human Development*, 1(2), 1-17.
- Moreno, J.A., Cervelló, E., y Moreno, R. (2008). Importancia de la práctica físico-deportiva y género en el autoconcepto físico de los 9 a los 23 años. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 171-183.
- Muñiz, J., y Fernández-Hermida, J.R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test. *Papeles del Psicólogo*, 31, 108-121.
- Neumark-Sztainer, D., Falkner, N., Story, M., Perry, C., Hannan, P.J., y Mulert, S. (2002). Weight-teasing among adolescents: Correlations with weight status and disordered eating behaviors. *Int J Obes*, 26, 123-131. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.ijo.0801853>
- Novo, R. F., y Silva, D. R. (2003). O conceito de si em adultos idosos: análise das características reveladas a nível da auto-avaliação. *RIDEP*, 15(1), 121-138.
- Pastor, R., y Bonilla, A. (2000). Identidades y cuerpo: el efecto de las normas genéticas. *Papeles del psicólogo (Versión electrónica)*, 75. Recuperado de <http://www.papepelesdelpsicologo.es>
- Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la Psicología de la Salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 15-27.
- Reilly, J.J., Metheven, E., McDowell, Z., Hacking, B., Alexander, D., y Stewart, L. (2003). Health consequences of obesity. *Arch Dis Child*, 88, 748-752. <http://dx.doi.org/10.1136/ad.88.9.748>
- Rivera-Ledesma, A., y Montero-López, M. (2010). Propiedades psicométricas de la escala de ansiedad ante la muerte de Templer en sujetos mexicanos. *Revista Diversitas. Perspectivas en Psicología*, 6(1), 135-140. <http://dx.doi.org/10.15332/s1794-9998.2010.0001.10>
- Rodríguez, A., Goñi, A., y Ruiz de Azúa, S. (2006). Autoconcepto físico y estilos de vida. *Intervención Social*, 15(1), 81-94.
- Ruiz de Azúa, S., Rodríguez, A., y Goñi, A. (2005). Variables socioculturales en la construcción del autoconcepto físico. *Cultura y Educación*, 17(3), 225-238. <http://dx.doi.org/10.1174/113564005774462582>
- Sánchez López, M.P., Aparicio García, M.E., y Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercibida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicotema*, 18(3), 584-590.
- Schmidt Rio-Valle, J. (2007). *Validación de la versión española de la Escala de Buguen de afrontamiento a la muerte y del perfil revisado de actitudes hacia la muerte. Estudio comparativo y transcultural. Puesta en marcha de un programa de investigación*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada, Granada.
- Schmidt Rio-Valle, J., Montoya, R., Campos, C.P., García-Caro, M.P., Prados, D., y Cruz-Quintana, F. (2012). Efectos de un programa de formación en cuidados

- paliativos sobre el afrontamiento de la muerte. *Revista Medicina Paliativa*, 19(3), 113-20. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2010.11.001>
- Sandín, B. (1997). Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2 (3), 295-296.
- Sampedro, J.G., Tornero, I., Carmona, J., y Sierra, A. (2012). Actitudes hacia la obesidad de los estudiantes de Magisterio de la Universidad de Huelva. *Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 22, 38-42.
- Scott, K.M., Bruffaerts, R., Simon, G.E., Alonso, J., Angermeyer, M., y De Girolamo, G, (2008). Obesity and mental disorders in the general population: Results from the world mental health surveys. *Int J Obes*, 32, 192-200. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.ijo.0803701>
- Silva, M. N., Markland, D., Minderico, C. S., Vieira, P. N., Castro, M. M., Coutinho, S. R. y Teixeira, P. J. (2008). A randomized controlled trial to evaluate self-determination theory for exercise adherence and weight control: rationale and intervention description. *Bmc Public Health*, 8, 234. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-8-234>
- Somers, J.M., Goldner, E.M., Waraich, P., y Hsu, L. (2006). Prevalence and Incidence Studies of Anxiety Disorders: A Systematic Review of the Literature. *Canadian Journal Psychiatry*, 51, 100-113.
- Soriano, J.A., Navas, L., y Holgado, F.P. (2011). El autoconcepto físico y su relación con el género y la edad en estudiantes de educación física. *Apunts. Educación Física y Deportes*, 106, 36-41. [http://dx.doi.org/10.5672/apunts.2014-0983.es.\(2011/4\).106.04](http://dx.doi.org/10.5672/apunts.2014-0983.es.(2011/4).106.04)
- Spielberger, C., Gorsuch, R., y Lushene, R. (1982). *STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)*. California: Consulting Psychologists Press. Adaptación española. Madrid: Sección de Estudio de Test. TEA Ediciones S.A.
- Tanofsky-Kraff, M., Cohen, M.L., Yanovski, S.Z., Cox, C. Theim, K.R., y Keil, M. (2006). A prospective study of psychological predictors for body fat gain among children at high-risk for adult obesity. *Pediatrics*, 117, 1203-1209. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2005-1329>
- Tapia, A. (2006). Ansiedad, un importante factor a considerar para el adecuado diagnóstico y tratamiento de pacientes con sobrepeso y obesidad. *Revista Chilena de Nutrición*, 33(2), 352-357. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75182006000400003>
- Templer, D.I. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *Journal of General Psychology*, 82, 165-177. <http://dx.doi.org/10.1080/00221309.1970.9920634>
- Torres, F., Pompa, E. Meza, C., Ancer, L., y González, M. (2010). Relación entre Auto Concepto y Apoyo Social en Estudiantes Universitarios. *International Journal of Good Conscience*, 5(2) 298-307.
- Valiente, R. M., Sandín, B., Chorot, P., y Tabar, A. (2003). Diferencias según la edad en la prevalencia e intensidad de los miedos durante la infancia y la adolescencia: datos basados en el FSSC-R. *Psicothema*, 15(3), 414-419.
- Virgen, R., Lara, A.C., Morales, G., y Villaseñor, S.J. (2011). Los trastornos de ansiedad. *Revista Digital Universitaria*. 6(11) citado en: http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art109/nov_art109.pdf
- Wallander, J. L., Taylor, W. C., Grunbaum, J. A., Franklin, F. A., Harrison, G. G., Kelder, S. H., y Schuster, M. A. (2009). Weight Status, Quality of Life, and Self-concept in African American, Hispanic, and White Fifth-grade Children. *Obesity*, 17(7), 1363-1368. <http://dx.doi.org/10.1038/oby.2008.668>

Referencias totales / Total references: 93 (100 %)

Referencias propias de la revista / Journal's own references: 1 (1,08 %)

Anexo 1

“Cuestionario Ad Hoc”

Primera letra nombre MADRE	Primera letra nombre PADRE	Tercera letra de tu nombre	Última letra de tu nombre

Edad en años cumplidos	Sexo	Estudios	Ciclo	GRUPO

Señala el tiempo medio diario dedicado a actividad física, incluyendo el de las clases de Educación Física una vez descontado los tiempos de descanso durante las mismas.

En caso de que tus desplazamientos los realices de forma rápida y por un periodo igual o superior a 15 minutos debes incluirlo.

0,5 h	1 h	1,5 hs	2 hs	2,5 hs	3 hs	3,5 hs	4 hs	4,5 hs	5 ó más (Especifica tiempo)

Estado donde naciste TU	Estado donde nació tu PADRE	Estado donde nació tu MADRE

Estado donde nació tu ABUELO MATERNO	Estado donde nació tu ABUELA MATERNA	Estado donde nació tu ABUELO PATERNO	Estado donde nació tu ABUELA PATERNA

Introduce la talla y el peso que te anotaron en la copia de tu carta de aceptación	
TALLA	PESO