



Universidad de Granada

Facultad de Ciencias de la Educación

DOCTORADO EN EDUCACIÓN

ANÁLISIS DEL AUTOCONCEPTO EN RELACIÓN CON FACTORES EDUCATIVOS, FAMILIARES, FÍSICOS Y PSICOSOCIALES EN ADOLESCENTES DE LA PROVINCIA DE GRANADA

Tesis Doctoral Presentada por:

JOSÉ IGNACIO ÁLVARO GONZÁLEZ

Tesis Doctoral Dirigida por:

DR. FÉLIX ZURITA ORTEGA

Granada, 2015.

Gf kqtkn Wpkgtuk cf 'f g'I tpcfc0Vguku'F qevtcrqu
Cwqt <Iqu² "K pcek" f rctq'I qp| a ng|
KUDP 9: /: 6/; 347/2: : /5
WTK'j vr <lj f rj cpf ng0pgv1326: 3 16232; "

UNIVERSIDAD DE GRANADA

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN DE
GRANADA**

***ANÁLISIS DEL AUTOCONCEPTO EN
RELACIÓN CON FACTORES EDUCATIVOS,
FAMILIARES, FÍSICOS Y PSICOSOCIALES
EN ADOLESCENTES DE LA PROVINCIA DE
GRANADA***

Tesis doctoral presentada para aspirar al grado de
Doctor por D. JOSÉ IGNACIO ÁLVARO GONZÁLEZ,
dirigida por el Doctor D. FÉLIX ZURITA ORTEGA.

Granada, enero de 2015

Fdo. José Ignacio Álvaro González

UNIVERSIDAD DE GRANADA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN DE GRANADA

D. **Félix Zurita Ortega**, Doctor por la Universidad de Granada.

En calidad de Director de la Tesis Doctoral que presenta D. José Ignacio Álvaro González, bajo el título *"ANÁLISIS DEL AUTOCONCEPTO EN RELACIÓN CON FACTORES EDUCATIVOS, FAMILIARES, FÍSICOS Y PSICOSOCIALES EN ADOLESCENTES DE LA PROVINCIA DE GRANADA"*

HACEN CONSTAR:

Que el trabajo realizado reúne las condiciones científicas y académicas necesarias para su presentación.

En Granada, enero de 2015

Fdo. Félix Zurita Ortega

AGRADECIMIENTOS

Corría el año 1998 cuando comencé un largo, esforzado y, a la vez, apasionado camino, al matricularme en la Diplomatura de Educación Física. Desde entonces he tenido la suerte de beber en la sabiduría de magníficos docentes como Cipriano Romero, Juan Torres, Félix Zurita (padre), Elisa Torre, Luis Ruiz, Virginia Viciano, María del Mar Ortiz, Carmen Trigueros, Enrique Rivera, Mar Cepero y un largo etcétera. A todos ellos, un sin fin de gracias.

De igual manera, mi gratitud se extiende a todos mis profesores de la Facultad de Ciencias de la Actividad Física y Deporte. En estos momentos recuerdo de forma especial a Jesús Bedoya, Mercedes Vernetta, Jesús Medina y a Miguel Ángel Delgado Noguera, entre otros.

No parece este el mejor momento para utilizar el WhatsApp, pero dicha aplicación ha tenido mucho que ver en la finalización de este trabajo. A través del grupo *¡Viva Magisterio!* me he sentido apoyado por todos los compañeros que he conocido en la Facultad. Gracias a Primi y a Paco Pepe, compañeros desde la infancia, a los Varo, Elis, Ángel, Gabi, Vane, Abel, Chinchilla, Juanma, David, Manolos, Nacho, Javi, Olga, Paco, Pedro, Rubén, Raquel, Silvia, Ana, Miguel, Joaquín,...

Mi, aún escasa, experiencia docente, ya ha sido suficiente para saber apreciar la formación recibida tanto en el colegio, como en el instituto San Isidoro. Don José Manuel, Don Antonio, Don Luis y todo su equipo han sido claves en mi etapa adolescente. Ellos me acogieron y me apoyaron en momentos difíciles. Ellos me inculcaron valores -esfuerzo, paciencia, constancia, autodisciplina,...- que tanto me han ayudado en mis logros profesionales y personales. A ellos y a mis compañeros de entonces -Costa, Soto, Migue, Fede, Ana, Camino, Alberto, Edu, Julio, Teresa, Pablo, Paco Garvín, César, Cortés, Gloria, Sergio, José Luis, Espe,...- mi reconocimiento y mi cariñoso recuerdo.

La experiencia a la que acabo de aludir, he podido conseguirla en mi paso por diferentes IES de Alcaudete, Huelma, Villacarrillo y Motril. El desempeño de mi labor me ha dado la oportunidad de aprender de los compañeros con los que he coincidido. Gracias

también a mis alumnos y alumnas, por haberme hecho sentir orgulloso al comprobar el progreso de sus aprendizajes.

Puedo decir sin ambages pero con sencillez, que soy una persona afortunada, y que mi fortuna son las amistades que tengo: me acompañan, me infunden sentido positivo y me apoyan. Gracias a los hermanos Sánchez, Manuel y Edu; a los alicantinos Mone, Alex, Luipi, José, María, Dani, Andrés, Tony, Fran, Cintia, Franciskatus,...; a Sergio Henestrosa, David, Antonio, Sergio Climent, Jesús, Trini, Dulce, Elena, Lucía, Bea, José Manuel, a los que han pasado por el «C.D. Emaná Triatlón» y a mis compañeros de los equipos de fútbol «Cultura y Deporte» y «Motril Atlético».

A los doctores Esteban Fuentes, Manuel Estévez, Jaime Valle, Nacho Soto, Diego Rascón, Alberto Prieto y al profesor Antonio Arboleda, quienes generosamente han colaborado en esta investigación, aumentando sin duda su calidad.

A mi familia: mis hermanos Jesús y Luis, disponibles siempre que los necesito; Dora Vigil, *sister* Carla y Álvaro, «mi madre y hermanos» durante mi estancia en los Estados Unidos; Jesús García, Primi Aguilera y Tony Triviño, a quienes considero como hermanos.

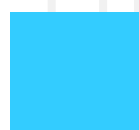
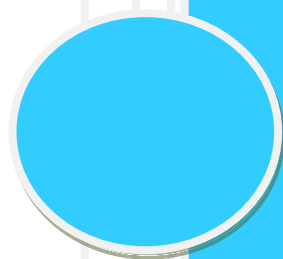
A Susana García, compañera inseparable, fuente de consejo, apoyo y equilibrio, que se ha constituido en parte fundamental de mi vida.

Eficacia, perseverancia y esfuerzo tienen rostro: Félix Zurita Ortega, artista en la sombra, *culpable* de que este sueño se haga realidad; sin su guía hubiera sido imposible.

No puedo ni quiero concluir mis agradecimientos sin mencionar a quienes hicieron posible mi existencia. A mi madre, Tina, de quien, por desgracia, sólo pude disfrutar nueve años, pero que desde su fallecimiento se convirtió en mi ángel de la guarda: *Noto a diario tu presencia y escucho tus consejos*. A Jesús, mi padre, mi mejor amigo: *Tus valores han sido las piezas clave para crear mi autoconcepto y conseguir hábitos saludables en la vida*.

¡Gracias!

ÍNDICE



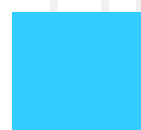
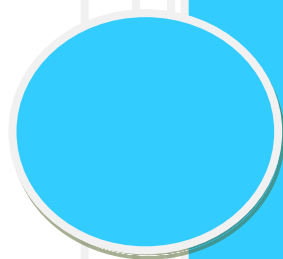
ÍNDICE

RESUMEN.....	25
I. INTRODUCCIÓN.....	31
II. MARCO TEÓRICO.....	43
II.1 LA ADOLESCENCIA.....	43
II.1.1. Concepto y etapas.....	43
II.1.2. Modificaciones evolutivas en el adolescente: desarrollo físico, psicológico y social	49
II.2. AUTOCONCEPTO.....	53
II.2.1 Principales teorías del autoconcepto.....	53
II.2.1.1. Teoría de William James.....	54
II.2.1.2. El interaccionismo simbólico.....	55
II.2.1.3. Otras aportaciones de la primera mitad del siglo xx.....	57
II.2.1.4. La fenomenología y la psicología humanista.....	58
II.2.1.5. Psicología social y psicología cognitiva.....	60
II.2.2 Definición de autoconcepto.....	61
II.2.3. Desarrollo evolutivo del autoconcepto.....	64
II.2.4. Clasificaciones del autoconcepto.....	68
II.2.5. Autoconcepto físico.....	79
II.2.6. Autoconcepto familiar.....	84
II.2.7. Autoconcepto emocional.....	88
II.2.8. Autoconcepto social.....	93
II.2.9. Autoconcepto académico.....	100
II.3. EL SISTEMA EDUCATIVO	104
II.3.1 La enseñanza actual: marco legislativo.....	104
II.3.2 Etapas del sistema educativo.....	107
II.3.3 La educación física en la actualidad.....	113
II.4. HÁBITOS DE VIDA	114
II.4.1. Concepto y aproximación histórica de salud	115
II.4.2. Hábitos de vida en la salud.....	120
II.4.2.1 Relación de la salud con la A.F.....	121
II.4.2.2 Influencia de los hábitos de vida.....	124
II.4.2.2.1. Sedentarismo.....	124
II.4.2.2.2. Tabaco.....	128
II.4.2.2.3. Alcohol.....	129
II.5. FAMILIA Y ASPECTOS PSICOSOCIALES.....	130
II.5.1 La familia: concepto y tipos.....	131
II.5.1.1. Tipos de familia.....	134
II.5.1.2. Funciones principales de la familia.....	136
II.5.2. Aspectos psicosociales.....	139

II.5.3.	Motivación.....	140
II.5.4.	Autoestima.....	142
III.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	149
III.1	Planteamiento del problema.....	149
III.2	Objetivos de la investigación.....	150
III.3	Hipótesis de la investigación.....	152
III.4	Supuesto teórico de la investigación.....	153
IV.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	157
IV.1	Diseño y Planificación de la Investigación.....	157
IV.2	Muestra.....	158
IV.2.1	Contexto de la investigación.....	158
IV.2.1.1.	Contexto geográfico.....	159
IV.2.1.2.	Contexto social.....	164
IV.2.2	La muestra.....	165
IV.2.2.1.	Descripción del Universo.....	165
IV.2.2.2.	Selección de los participantes: Descripción de la Muestra.....	166
IV.3.	Técnicas e instrumentos de recogida de datos.....	169
IV.3.1	Variables.....	170
IV.3.2	Instrumentos de recogida de información.....	172
IV.3.2.1	Cuestionario Sociodemográfico y Autoregistro.....	172
IV.3.2.2.	Escala de Consumo de Tabaco.....	172
IV.3.2.3.	Escala de Consumo de Alcohol.....	173
IV.3.2.4.	Cuestionario de Autoconcepto.....	174
IV.3.2.5	Escala de funcionalidad Familiar (APGAR).....	174
IV.4.	Procedimiento de recogida de información.....	175
IV.5.	Análisis estadístico de los datos.....	176
V.	RESULTADOS.....	181
V.1.	Descriptivos.....	181
V.1.1	Género.....	181
V.1.2	Sustancias nocivas.....	182
V.1.3	Autoconcepto.....	187
V.1.4	Actividad Física.....	188
V.1.5	Variable Académica.....	191
V.1.6	Variable Familiar.....	192
V.2.	Comparativos.....	194
V.2.1	Variable de género en función de las variables del estudio.....	194
V.2.2	Variable de tabaco y resto de parámetros.....	202
V.2.3	Variable de alcohol y resto de variables.....	209
V.2.4	Variable de autoconcepto y resto de variables.....	221

V.2.5	Variable de práctica de AF y resto de variables.....	226
V.2.6	Variable de modalidad deportiva y resto de variables.....	228
V.2.7	Variable de nivel deportivo y resto de variables.....	231
V.2.8	Variable de rendimiento académico y resto de variables.....	233
V.3.	Modelos de Ecuaciones Estructurales.....	234
VI.	DISCUSIÓN.....	241
VII.	CONCLUSIONES.....	259
VIII.	LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	263
IX.	PERSPECTIVAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.....	267
X.	REFERENCIAS.....	271
XI.	ANEXOS.....	325

ÍNDICE
TABLAS
Y
FIGURAS



TABLAS

Tabla II.1	Relación de aportaciones al autoconcepto según corrientes (Goñi y Fernández, 2008).	61
Tabla II.2	Conceptos del autoconcepto según diversos autores.	63
Tabla II.3	Relación del autoconcepto con la IE. (Garaigordobil, Durá y Pérez, 2005)	90
Tabla II.4	Relación de programas de intervención sobre autoestima, autoconcepto e IE.	92
Tabla II.5	Relación de programas de medida del autoconcepto.	94
Tabla II.6	Criterios de diferenciación interna del autoconcepto social. Goñi y Fernández (2008).	97
Tabla II.7	Etapas del sistema educativo español hasta la Constitución de 1978 (Vilches, 2015).	105
Tabla II.8	Legislación Educativa desde los años 70 (Vilches, 2015).	106
Tabla II.9	Opciones del Bachillerato.	110
Tabla II.10	Opciones de la FP.	110
Tabla II.11	Relación de bloques de contenidos de Educación Primaria y Secundaria según la Orden	114
Tabla II.12	Propuestas teóricas sobre la familia.	132
Tabla II.13	Perspectivas sobre la motivación.	142
Tabla IV.1	Fases de elaboración del trabajo de investigación	158
Tabla IV.2	Datos de la distribución muestral de los adolescentes	167
Tabla IV.3	Datos de la distribución de los centros educativos y adolescentes	168
Tabla V.1	Distribución de la muestra por género.	181
Tabla V.2	Distribución de la muestra según consumo de tabaco y alcohol.	182
Tabla V.3	Distribución del tabaco según dependencia de alcohol	184
Tabla V.4	Distribución del tabaco según consumo de alcohol	185
Tabla V.5	Distribución del tabaco según conductas dañinas tras consumo de alcohol	186
Tabla V.6	Valores obtenidos por dimensiones del autoconcepto.	187
Tabla V.7	Valores de Práctica de Actividad Física, Tipología y Nivel.	188
Tabla V.8	Relación de la modalidad deportiva y estado federativo.	190
Tabla V.9	Distribución de la muestra según calificaciones académicas.	191
Tabla V.10	Descriptivos de las variables familiares (APGAR y practica AF padres).	192
Tabla V.11	Distribución del APGAR según práctica de AF de los padres.	193
Tabla V.12	Distribución del sexo según consumo de tabaco.	194
Tabla V.13	Distribución del sexo según dependencia de alcohol	195
Tabla V.14	Distribución del sexo según consumo de alcohol	196
Tabla V.15	Distribución del sexo según conductas dañinas tras ingesta de alcohol.	197
Tabla V.16	Dimensiones del Autoconcepto según Sexo.	197
Tabla V.17	Relación de resultados de práctica de AF según sexo.	198
Tabla V.18	Relación de nivel de AF según sexo.	199
Tabla V.19	Relación del sexo según nivel deportivo.	199
Tabla V.20	Relación del sexo según rendimiento académico.	200

Tabla V.21	Relación del sexo según funcionalidad familiar.	201
Tabla V.22	Relación del sexo según práctica de AF por parte de padres.	202
Tabla V.23	Relación del tabaco con AF-5.	203
Tabla V.24	Relación del tabaco con la práctica de AF.	204
Tabla V.25	Relación del tabaco con la modalidad de AF.	205
Tabla V.26	Relación del nivel deportivo según consumo de tabaco.	205
Tabla V.27	Relación del tabaco con rendimiento académico.	206
Tabla V.28	Relación del tabaco con funcionalidad familiar.	207
Tabla V.29	Relación del tabaco con práctica de AF de padres.	208
Tabla V.30	Consumo, ingesta y daño de alcohol en relación con el Autoconcepto-AF5.	209
Tabla V.31	Dependencia de alcohol según práctica de AF.	210
Tabla V.32	Consumo de alcohol según práctica de AF.	210
Tabla V.33	Daño de alcohol según práctica de AF.	211
Tabla V.34	Dependencia de alcohol según modalidad deportiva practicada.	211
Tabla V.35	Distribución de la muestra por género.	212
Tabla V.36	Distribución de la muestra según consumo de tabaco y alcohol.	212
Tabla V.37	Distribución del tabaco según dependencia de alcohol	213
Tabla V.38	Distribución del tabaco según consumo de alcohol	213
Tabla V.39	Distribución del tabaco según conductas dañinas tras consumo de alcohol	214
Tabla V.40	Consumo de alcohol según modalidad deportiva practicada.	215
Tabla V.41	Daño provocado por alcohol según modalidad deportiva practicada.	215
Tabla V.42	Dependencia de alcohol según nivel deportivo.	216
Tabla V.43	Consumo de alcohol según nivel deportivo.	216
Tabla V.44	Daño de alcohol según nivel deportivo.	217
Tabla V.45	Dependencia de alcohol según rendimiento académico.	218
Tabla V.46	Consumo de alcohol según rendimiento académico.	219
Tabla V.47	Daño de alcohol según rendimiento académico.	220
Tabla V.48	Funcionalidad familiar según dependencia de alcohol.	221
Tabla V.49	Funcionalidad familiar según consumo de alcohol.	221
Tabla V.50	Funcionalidad familiar (APGAR) según daño de alcohol.	222
Tabla V.51	Dependencia de alcohol según práctica AF padres.	223
Tabla V.52	Consumo de alcohol según práctica AF padres.	224
Tabla V.53	Daño de alcohol según práctica AF padres.	225
Tabla V.54	Relación del autoconcepto con la práctica de AF	226
Tabla V.55	Modalidades deportivas en relación con el AF5.	226
Tabla V.56	Relación del autoconcepto con el nivel en AF.	227
Tabla V.57	Relación del autoconcepto según rendimiento académico.	228
Tabla V.58	Relación del autoconcepto según funcionalidad familiar.	229
Tabla V.59	Relación del rendimiento académico según práctica de AF.	230
Tabla V.60	Relación de la funcionalidad familiar según práctica de AF.	231

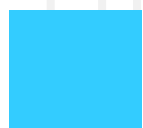
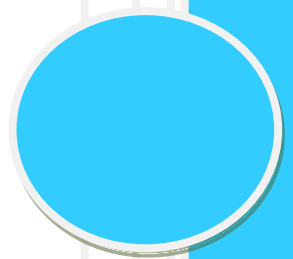
Tabla V.61	Relación del nivel de práctica de AF según práctica de AF de padres.	231
Tabla V.62	Relación del rendimiento académico según práctica deportiva.	232
Tabla V.63	Relación funcionalidad familiar (APGAR) según modalidad deportiva.	233
Tabla V.64	Relación modalidad deportiva según práctica AF padres.	234
Tabla V.65	Relación del rendimiento académico según práctica de AF.	237

FIGURAS

Figura I.1	Estructura de la investigación realizada.	39
Figura II.1	Modelo de Shavelson, Huebner y Stanton (1976)	69
Figura II.2	Organización jerárquica del autoconcepto físico (Fox y Corbin, 1989).	73
Figura II.3	Modelo del autoconcepto académico de Marsh (1990)	76
Figura II.4	Modelo de autoconcepto físico medido con el P-SQD de Marsh et al. (1994).	80
Figura II.5	Modelo del autoconcepto físico de Fox y Corbin (1989).	81
Figura II.6	Modelo de autoconcepto físico de Esnaola (2005) y Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez (2006).	83
Figura II.7	Modelo del autoconcepto social de Byrne y Shavelson (1986).	95
Figura II.8	Propuesta de estructura interna del autoconcepto social.	98
Figura II.9	Modelo del autoconcepto académico de Marsh (1990).	101
Figura II.10	Calendario de Implantación de Modificaciones de la LOMCE.	106
Figura II.11	Estructura de la LOMCE(Extraído de orientagades.wordpress.)	107
Figura II.12	Enseñanza Básica en la LOMCE	109
Figura IV.1	Localización de Granada. (Martínez, 2013).	159
Figura IV.2	Superficie de Ciudad de Granada(Vilches, 2015)	160
Figura IV.3	Comarcas de la provincia Granadina.	160
Figura IV. 4	La población de Motril.	162
Figura IV.5	La ciudad de Guadix	163
Figura IV. 6	Localización de Baza	164
Figura IV.7	Fórmula para el cálculo del error muestral	167
Figura V.1	Distribución de la muestra por sexo.	181
Figura V.2	Relación de resultados en consumo de tabaco.	182
Figura V.3	Relación de resultados según consumo de alcohol.	183
Figura V.4	Relación de resultados según dependencia de alcohol.	183
Figura V.5	Relación de resultados según conductas tras ingesta de alcohol.	183
Figura V.6	Relación de resultados de consumo de tabaco según dependencia de alcohol.	184
Figura V.7	Relación de resultados de consumo de tabaco según consumo de alcohol.	185
Figura V.8	Relación de resultados de consumo de tabaco según conductas dañinas tras ingesta de alcohol.	187
Figura V.9	Relación de resultados del autoconcepto según dimensiones.	188
Figura V.10	Distribución de la práctica de actividad física.	189
Figura V.11	Relación de los resultados según deporte practicado.	189

Figura V.12	Relación de resultados según fichas federativas.	189
Figura V.13	Distribución de resultados por deporte practicado y fichas federativas.	191
Figura V.14	Relación de resultados según calificaciones académicas.	191
Figura V.15	Relación de resultados según funcionalidad familiar.	192
Figura V.16	Relación de resultados según práctica de AF por parte de los padres.	193
Figura V.17	Distribución del sexo según dependencia de alcohol.	195
Figura V.18	Distribución del sexo según consumo de alcohol.	196
Figura V.19	Distribución del autoconcepto según sexo.	198
Figura V.20	Distribución del sexo según nivel deportivo.	200
Figura V.21	Distribución del sexo según rendimiento académico.	201
Figura V.22	Distribución del sexo según funcionalidad familiar.	202
Figura V.23	Distribución del autoconcepto según consumo de tabaco.	203
Figura V.24	Distribución de la práctica de AF según consumo de tabaco.	204
Figura V.25	Distribución de la funcionalidad familiar según consumo de tabaco.	207
Figura V.26	Distribución de práctica de AF padres según consumo de tabaco.	208
Figura V.27	Distribución del autoconcepto según consumo de alcohol.	209
Figura V.28	Distribución del daño del alcohol según nivel deportivo.	214
Figura V.29	Distribución de la dependencia según funcionalidad familiar.	217
Figura V.30	Distribución del consumo según funcionalidad familiar.	218
Figura V.31	Distribución de la funcionalidad familiar (APGAR) según daño del alcohol.	219
Figura V.32	Distribución del autoconcepto según práctica de AF.	222
Figura V.33	Distribución del autoconcepto según la modalidad deportiva.	223
Figura V.34	Distribución del autoconcepto según nivel de AF.	224
Figura V.35	Distribución del autoconcepto según rendimiento académico.	224
Figura V.36	Distribución del autoconcepto según APGAR.	225
Figura V.37	Distribución de la práctica de AF según práctica de AF de padres.	227
Figura V.38	Distribución de la modalidad deportiva según AF de padres.	230
Figura V.39	Distribución del nivel deportivo según AF de padres.	232
Figura V.40	Distribución de casos de repetición según AF de padres.	234
Figura V.41	Modelo de ecuaciones estructurales.	235

RESUMEN



RESUMEN

La etapa adolescente representa una etapa esencial en el desarrollo del ser humano y el autoconcepto que este tenga de sí mismo, va a repercutir en la adquisición de su personalidad; este concepto se relaciona con diversos factores como son hábitos de vida, irregularidades en la alimentación, práctica deportiva, progreso en la vida, percepción de la dificultad, rendimiento, sexo o edad; asimismo, y en relación a estos factores, el consumo de sustancias nocivas (alcohol y tabaco), por parte de los adolescentes, es un hecho preocupante en la sociedad, ya que acarrea múltiples desencadenantes negativos, entre otros, un aumento de la conducta agresiva, descenso del nivel de rendimiento académico y conflictos familiares, pudiendo generar anomalías en la percepción que se tiene de sí mismo.

En el contexto de la educación con adolescentes, conocer como son los hábitos saludables, el consumo de sustancias nocivas, el rendimiento académico o el clima familiar constituyen elementos claves para su proceso de enseñanza-aprendizaje.

Por tanto, se planteó esta investigación con los objetivos de determinar y establecer las relaciones entre parámetros sociodemográficos, de autoconcepto, físico-deportivas, de ingesta de sustancias nocivas, familiares y académicas de los adolescentes de Granada y Provincia (España) y realizar un análisis del autoconcepto en adolescentes españoles en función de variables personales, físico-deportivas y familiares mediante el empleo de ecuaciones estructurales.

La participación de un total de 2.134 adolescentes de 13 a 17 años, permitió el registro y evaluación de las variables Autoconcepto (AF-5), Funcionamiento Familiar (APGAR), Consumo de Alcohol (AUDIT), Consumo de Tabaco (FTND) y Datos Sociodemográficos y Físico-Deportivos.

El análisis realizado mediante los programas SPSS 20.0 y AMOS 18, determinó que los adolescentes de segundo ciclo de Secundaria son en su mayoría no fumadores y el consumo de alcohol era perceptible únicamente en tres de cada diez jóvenes; asimismo, los adolescentes presentaron cifras globales de autoconcepto normales, destacando

principalmente el área familiar y social; del mismo modo, la práctica de actividad física regular es perceptible en siete de cada diez adolescentes, siendo la modalidad de deporte colectivo la más frecuentada y dos de cada diez se encuentran federados.

Por género, ellos muestran una mayor dependencia de alcohol, presentan peor rendimiento académico, compiten más a nivel federado y poseen un autoconcepto físico y emocional más incrementado que ellas; estas, a su vez reportan un mayor autoconcepto académico y una mayor disfuncionalidad familiar. En los jóvenes no se encontró asociación entre el consumo de sustancias nocivas y el autoconcepto, ni tampoco con el rendimiento académico y nivel de estudios en los padres; sin embargo, se detectó que adolescentes con una disfunción familiar severa, presentaban alta dependencia hacia el tabaco, quedando patente un consumo medio y excesivo de alcohol.

No se determinan correspondencias entre los diversos niveles de autoconcepto y variables físico-deportivas y de rendimiento académico, excepto el autoconcepto de tipo familiar, que es mayor en los practicantes de actividad física; asimismo, debemos indicar que a mayor funcionalidad familiar mayor es el autoconcepto.

Por último podemos señalar que el modelo utilizado a partir de la base teórica propuesta por Shavelson et al. (1976), se ajustó de manera correcta obteniendo una adecuada fiabilidad, generando una mayor perspectiva que aquellos instrumentos que solamente miden la dimensión física. Del mismo modo, debemos indicar que la práctica de actividad física no es causa del resto de variables que miden el modelo y los resultados nos sugieren que la funcionalidad familiar incide en gran medida en el autoconcepto y sus dimensiones (principalmente en la dimensión familiar).

PALABRAS CLAVE

Hábitos Saludables; Tabaco; Alcohol; Actividad Física; Rendimiento Académico; Autoconcepto; Clima Familiar.

SUMMARY

Adolescence is a crucial stage in the human being's development; the self-concept that they have of themselves will have an effect on the building of their personality. This concept is related to several factors such as life habits, food irregularities, physical activity, progress in life, perception of difficulty, performance, sex or age; moreover, and in connection with these factors, the consumption of harmful substances (alcohol and tobacco) by teenagers is worrying in today's society, as it results in multiple negative consequences –among others: increase of aggressive behavior, decrease of academic performance and family clashes. This may generate anomalies in one's perception of himself/herself.

In the context of teenage education, knowing about healthy habits, the consumption of harmful substances, academic performance or the family atmosphere is essential for their teaching-learning process.

Thus, this research was conceived with the objectives of determining and establishing the relationships between sociodemographic, self-concept, physical-sport, harmful-substances consumption, family and academic parameters of adolescents in the city and province of Granada (Spain), as well as of carrying out an analysis of self-concept in Spanish teenagers in terms of personal, physical-sport and family variables by means of the use of structural equations.

The participation of a sample of 2,134 students from 13 to 17 years old allowed the record and evaluation of the variables of Self-concept (AF-5), Family Functioning (APGAR), Alcohol Consumption (AUDIT), Tobacco Consumption (FTDN), and Socio-demographic and Physical-Sport data.

The analysis done by means of the SPSS 20.0 and AMOS 18 programs revealed that the majority of teenagers in the second cycle of Secondary Education are nonsmokers and that only three out of ten drink alcohol. Moreover, adolescents showed normal global figures on self-concept –mainly the family and social areas standing out. On the other hand, doing physical activity on a regular basis is common among seven out of ten sampled teenagers –

group sport being the most frequent variety, and two out of ten being affiliate club members.

With regard to gender, results yield that male students are more dependent on alcohol, have another drink more frequently, are affiliated to sport clubs in higher numbers and have their physical and emotional self-concept more increased. Contrarily, female students show higher academic self-concept and family functionality. No association can be made between all students' consumption of harmful substances and self-concept, nor between it and their academic performance and parents' academic level. However, it was identified that teenagers with a severe family dysfunction were highly dependent on tobacco and consumed alcohol in average or even large amounts.

Correspondences between the various levels of self-concept, and the physical-sport and academic performance variables cannot be found –except for the family type of self-concept, which is larger among physical activity doers. It must also be noted that the greater family functionality is, the greater self-concept is.

Finally, it can be remarked that the model used from the theoretical basis put forward by Shavelson et al. (1976) was rightly modified, obtaining appropriate reliability. It offers a broader perspective than those instruments that only measure the physical dimension. In the same way, it is worth highlighting that physical activity is not the cause of the rest of variables that measure the model, and the results suggest that family functionality really has an effect on self-concept and its dimensions (especially the family one).

KEY WORDS

Healthy habits; Tobacco; Alcohol; Physical Activity; Academic Performance; Self-concept; Family Atmosphere.

INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN

La etapa adolescente representa una etapa esencial en el desarrollo del ser humano, pues esta fase previa a la adultez, caracteriza al individuo por no tener configurada y afianzada la personalidad, siendo fácilmente influenciables. Por ello es necesario transmitirles hábitos positivos y saludables, con el fin de sentar las bases en la etapa adulta (Ruiz-Juan, De la Cruz, Ruiz-Ruisueño y García, 2008), ya que si durante su desarrollo no se adquieren los hábitos apropiados, posiblemente el ámbito cognitivo, físico y social se vean alterados (Carballo et al., 2013 y Villarreal-González, Sánchez y Musitu, 2013).

Por ello, es determinante e imprescindible controlar los factores de riesgo que más fuerza ejercen sobre el adolescente, como son la familia, docentes, monitores deportivos y grupo de iguales, los cuales afianzan, apoyan o suprimen su patrón de conducta (Londoño, 2010; Ruiz-Juan, y Ruiz-Ruisueño, 2011). En este sentido, existen múltiples factores que inciden mutuamente unos sobre otros y que terminan configurando la personalidad del adolescente. Una de las piezas clave de dicho engranaje es el autoconcepto. Este, se considera crucial en el desarrollo del individuo (Esnaola, Goñi y Madariaga, 2008), ya que se relaciona con diversos factores como son hábitos de vida, irregularidades en la alimentación, práctica deportiva, progreso en la vida, percepción de la dificultad, rendimiento, sexo y edad (Contreras, Fernández, García, Palou, y Ponseti, 2010; Soriano, Sampascual, y Navas, 2010).

El estudio del autoconcepto y su vínculo con el bienestar psicológico ha sido abordado por gran cantidad de autores del área científica en estas últimas décadas. Según Esnaola et al. (2008), se define como: “*el conjunto de percepciones que una persona tiene de sí mismo*”. García-Sánchez, Burgueño-Menjíbar, López-Blanco y Ortega (2013) lo definen como “*las etiquetas que una persona se atribuye, generalmente relacionado con parámetros físicos, comportamentales y emocionales*”. En la década de los setenta, Shavelson, Hubner, y Stanton (1976) establecieron las áreas del autoconcepto (afectiva, social, física, académica y personal), siendo el área física una de las más estudiadas, constituyéndose diferentes dimensiones para la misma, como habilidad física, condición

física, atractivo físico y fuerza (Cox, 2009). Existen multitud de estudios que analizan este término, en ocasiones asociado a comportamientos violentos o agresivos (Jiménez, Musitu, Murgui y Lehalle, 2007; Cava, Murgui y Musitu, 2008; Jiménez, Musitu, Ramos y Murgui, 2009), a rendimiento escolar (Musitu y García, 2004), comunicación e influencia de tipo familiar (Estévez, Herrero, Martínez y Musitu, 2006; Jiménez et al., 2007) o práctica deportiva (Goñi e Infante, 2010; Esnaola, Rodríguez y Goñi, 2011; Gordillo, Vicente, Sánchez, Gómez y Gordillo, 2011), por lo que es necesario prestar la mayor atención posible a dichas variables para el correcto desarrollo del individuo en esta etapa de la adolescencia.

En este sentido, existe gran cantidad de autores que tratan de estudiar la relación existente entre el autoconcepto y el consumo de drogas, entre ellos señalamos a Echeburúa y Corral (2010) y Prado y Pantin (2011), los cuales afirman que un bajo autoconcepto, es uno de los principales factores de riesgo en el consumo de drogas. Sin embargo otros piensan que existen limitaciones en la medición del autoconcepto como un constructo unidimensional o multidimensional (Cava et al., 2008). Así, encontramos estudios muy variados en los que se utilizan medidas unidimensionales (Kavas, 2009 y Zamboaga, Schwartz, Jarvis y Van Tyne, 2009), que muestran como bajos niveles de autoconcepto, se corresponden con niveles elevados en el consumo de sustancias nocivas; otros no hallan un vínculo claro (Kokkevi, Richardson, Florescu, Kuzman y Stergar, 2007) y otros, aunque son minoría, postulan que un buen autoconcepto acarrea un consumo elevado de drogas (Oliva, Parra y Sánchez-Queija, 2008), aludiendo a causas sociales.

Por el contrario, hay una mayor diversidad en los resultados encontrados en el estudio de dicha relación basándose en medidas multidimensionales. Diferentes son las opiniones en función de la dimensión a tratar. En el caso de la dimensión social, algunos concluyen que los elementos sociales son inversamente proporcionales con la ingesta de sustancias (Téllez, Cote, Savogal, Martínez y Cruz, 2003) y otros piensan que aquellos individuos que se desenvuelven holgadamente en el área social, mostrando facilidad en relacionarse con sus semejantes, tienen un perfil más adecuado para consumir drogas (Cava et al., 2008). En cuanto al ámbito familiar y académico parece estar claro que las familias que guían adecuadamente y dan buen ejemplo a sus condescendientes, propicia

un mínimo consumo de sustancias perjudiciales por parte de éstos (Musitu, Jiménez y Murgui, 2007).

La práctica de actividad físico deportiva, no únicamente influye positivamente sobre la salud (Krekoukia, Nassis, Psarra, Skenderi, Chrousos y Sidosis, 2007; Reigal, Videra, Parra y Juárez, 2012; González y Portolés, 2014), sino que incide sobre otras variables en el ser humano, fundamentalmente en esta etapa, que son de gran importancia tales como el rendimiento académico, autoconcepto, motivación, consumo de alcohol, tabaco y drogas (Paz-Navarro, Roldán y González, 2009); de esta manera Esnaola et al. (2011) indican que la práctica de actividad física produce un rechazo hacia el consumo de alcohol y tabaco (drogas blandas).

De hecho, la Organización Mundial de la Salud (2010) aconseja que los niños en edades comprendidas entre los 5 y 17 años, debieran practicar al menos 60 minutos diarios de actividad física moderada o vigorosa. Son variados los estudios y resultados que se han encontrado en cuanto a la investigación de los niveles de actividad física en adolescentes, como el llevado a cabo por Oviedo et al. (2013), en Roses (Girona) donde el 45,5% de los varones y el 14,84% de las mujeres cumplen las recomendaciones anteriormente comentadas. Peores resultados hallaron Abarca-Sos, Zaragoza, Generelo y Julián (2010) en Huesca, donde sólo el 7,54% de los chicos y el 3,44% de las chicas lo llevaban a cabo. Por el contrario, en Madrid la práctica de Actividad Física es mayor, representando el un 82,2% los chicos y un 60,7% las chicas (Martínez-Gómez, Welk, Calle, Marcos y Veiga, 2009).

Como podemos observar, en líneas generales, la práctica de actividad física por parte de los adolescentes no cumple las recomendaciones de la OMS. Se pone de manifiesto que los varones practican más actividad física que las mujeres, lo cual nos hace pensar que éstos sienten más atracción por las actividades deportivas ofertadas en los municipios y centros escolares que las chicas. Debido a ello, es importante investigar cuáles son las actividades deportivas que más seducen a los adolescentes y actuar en base a ello, con objeto de incrementar el número de personas que realicen práctica de actividad física.

Diversos son los estudios que han centrado su atención en esta línea, como el llevado a cabo por Luengo (2007) con alumnos de Primaria de Carabanchel de Madrid, donde el deporte más practicado era el balonmano (21,9%) seguido del fútbol y artes marciales

(16,4%) y baile (10,9%). Por otro lado, Ruiz, García y Hernández (2001) afirman que un 44,8% del alumnado almeriense de Educación Secundaria post-obligatoria, se decanta por la práctica de deportes colectivos, frente a un 33,7% que prefiere modalidades individuales. El 4,8% restante practica actividades físico-deportivas no regladas como pasear, correr, patinar, etc.

Uno de los estudios más completos al respecto, es el de García (2006), el cual exploró cuáles eran los deportes más practicados en la población española desde 1980 hasta 2005, siendo la natación (recreativa) la más experimentada con un 33%. Le sigue el fútbol con un 31,7% y el ciclismo con un 19,1%. Basándonos en éste último estudio, podemos comprobar cómo es posible alcanzar objetivos y conseguir cambios, como lo ocurrido con la práctica de un deporte apenas ejercido hace algunas décadas como es la natación. La construcción de piscinas climatizadas y la oferta por parte de los municipios de actividades acuáticas, tienen gran parte de culpa en este sentido.

En lo referente a estas sustancias nocivas, tabaco y alcohol, son las más consumidas en nuestra sociedad, engendrándose como el principal problema de Salud Pública en España. Según el Plan Nacional sobre Drogas, en 2013, un 76,6% de la población española ha consumido alcohol y un 40,2 % tabaco. Estas cifras se consideran más alarmantes al conocer que dicho consumo se inicia en la etapa de la adolescencia (entre 15 y 17 años), detectándose que un 62,2% ha tomado alcohol alguna vez en su vida y un 26,6% tabaco. Si durante esta fase no se adquieren hábitos saludables y se potencia el consumo de dichas sustancias, no sólo aumentarán las probabilidades de seguir los mismos patrones de conducta en la etapa adulta, sino que incluso existen más posibilidades de potenciar en su abuso (Ruiz-Ruisueño, Ruiz-Juan y Zamarripa, 2011). Debido a las repercusiones negativas que ello acarrea, los científicos sociales y de la salud se centran en el análisis de esta situación (Villarreal-González, Sánchez-Sosa, Musitu y Varela, 2012).

Nebot, Tomás, Ariza, Valmayor, López y Juárez (2004), indican que los factores influyentes en el inicio de consumo de alcohol y tabaco provienen del ámbito familiar, socioeconómico, cognitivo y emocional, adquiriendo especial importancia la variable familiar, la cual supone uno de los principales factores de riesgo (Pons, 1998).

También son conocidas las repercusiones negativas que producen el consumo de estas drogas blandas en el organismo a nivel físico, cognitivo y psíquico (Martín, Rodríguez, Rubio, Revert y Hardisson, 2004; Cortés, Espejo, Giménez, Luque, Gómez y Motos, 2011; Maurage, Joassin, Speth, Modave, Philippot y Campanella, 2012; Yañez, Leiva, Gorreto, Estela, Tejera, y Torrent, 2013), ya que los jóvenes consideran el consumo de alcohol y tabaco como una acción que proporciona mayor seguridad y tranquilidad, así como una forma de relacionarse con sus semejantes (Ariza, Nebot, Villalbí, Díez, Tomás y Valmayor, 2003). Además, entienden como positivas las percepciones vinculadas a la toma de nicotina, como es la sensación de bienestar o, en el caso de las féminas, de control de peso, variable a la que le prestan bastante atención en estas edades (Nerín, Beamonte, Gargallo, Jiménez-Muro y Marqueta, 2007). En definitiva, el uso combinado de alcohol y tabaco, aumenta las posibilidades de enfermedad y muerte (National Institute of Health, 1998) y potencia la probabilidad de probar otro tipo de drogas ilegales, como cannabis y pastillas.

Pero no existen factores negativos asociados a la salud únicamente, sino que el consumo de éstas drogas acarrea otra serie de inconvenientes, como una disminución del rendimiento académico (Mota et al, 2010); A esta postura se suman los resultados hallados por Inglés et al. (2013), que estudiaron la influencia del consumo de alcohol y tabaco en alumnado español de Educación Secundaria Obligatoria, donde a mayor consumo, el rendimiento académico es inferior, al igual que reportan Mancha, Rojas y Latimer (2012), y Latvala, Rose, Pulkkinen, Dick, Korhonen y Kaprio (2014), comprueban que el consumo de alcohol y tabaco, no sólo tiene efectos negativos inmediatos en el rendimiento académico, sino que además influye en llevar a cabo conductas de riesgo como mantener relaciones sexuales sin la toma de medidas oportunas y actos violentos y salvajes (Cortés, Espejo y Giménez, 2008).

Mullis, Rathge y Mullis (2003) y Moreno (2010), añaden que el nivel de educación y renta de los padres y un entorno motivador en el domicilio adecuados, van ligados a la obtención de buenas calificaciones de los hijos. A su vez, la insuficiente implicación familiar en las actividades escolares del niño, acarrearán un bajo rendimiento académico y mayor probabilidad en la adopción de actitudes sedentarias y consumo de tabaco y alcohol del adolescente (Moreno, Muñoz, Pérez y Sánchez, 2004).

Las relaciones familiares es otra variable que puede verse afectada por el consumo de drogas legales. Aunque la familia sea uno de los principales factores de riesgo (Salamó, Gras y Font-Mayolas, 2010), por norma general, los padres o tutores del adolescente no aprueban que sus hijos consuman alcohol y tabaco. De este modo, el tener un hijo que consume sustancias nocivas, obtiene bajas calificaciones académicas y tiene un comportamiento social inadecuado, contribuye a mermar el buen clima familiar (Landro y Villareal-González, 2007).

A su vez, la relación entre consumo de alcohol y tabaco y ambiente familiar, es inversamente proporcional. A medida que el consumo aumenta, las relaciones familiares se ven afectadas y viceversa, cuando existen disfunciones y desajustes familiares, el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y derivados aumenta, con objeto de evadirse del ambiente afectado, así como para facilitar el acercamiento entre iguales (Elzo, Amatria, González de Audicana, Echeburua y Ayestarán, 1987).

Una comunicación familiar adecuada y positiva, contribuye a mejorar la adaptabilidad y cohesión familiar; por el contrario, cuando el trato no es adecuado existe mayor probabilidad de consumir alcohol y drogas por parte de los hijos (Cava et al., 2008). A colación de esto, Elzo (2010) observó que los adolescentes que abusaban en el consumo de sustancias nocivas, percibían como negativa la relación familiar, con un alto grado de conflictos y bajo entendimiento entre sus componentes.

Además, existe mayor posibilidad de consumo por los hijos cuando sus padres toman bebidas alcohólicas y fuman (Jiménez, Musitu y Murgui, 2008). Así, cuando un adolescente percibe el consumo de alcohol y tabaco por parte de sus padres como un acto encuadrado dentro de la normalidad, lo extrapolará como tal cuando se relacione socialmente con sus amigos.

Como se pone de manifiesto, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, clima familiar y rendimiento académico son piezas fundamentales en la etapa adolescente, por lo que es necesario prestar el máximo de atención a dichas variables para el correcto desarrollo del individuo en la etapa de la pubescencia. Incluso en la actualidad, merece especial atención la fuerza que ejercen los medios de comunicación en la formación de la personalidad (Suárez, Del Moral, Musitu y Villareal-González, 2013). Igualmente

debemos destacar que como docentes se detecta un inicio más prematuro en el consumo de sustancias nocivas por lo que entendemos que la edad de inicio puede estar en el segundo ciclo de la Educación Secundaria Obligatoria (15-16 años).

En este sentido, Esnaola et al. (2008), opinan que el autoconcepto es crucial en el desarrollo del individuo, pues también se relaciona con diversos factores como son los hábitos de vida, práctica deportiva, progreso en la vida, percepción de la dificultad, rendimiento, sexo y edad (Contreras et al., 2010; Soriano et al., 2010); comportamientos agresivos (Jiménez et al., 2009), rendimiento escolar (Musitu y García, 2004), comunicación e influencia de tipo familiar (Estévez et al., 2006) y práctica deportiva (Fernández, Contreras, García y González, 2010; Goñi e Infante, 2010; Esnaola et al. 2011).

A modo de conclusión, debemos señalar que como docentes nos vemos en la obligación de indagar y conocer cómo se encuentran los estudiantes a nivel social, emocional, académico o físico en las edades previas a la adultez y en qué manera la actividad física interviene sobre las distintas dimensiones, al igual que gran cantidad de autores han estudiado diversos contextos nacionales (Esnaola et al. 2011; Malo, Bataller, Casas, Gras y González, 2011; García-Sánchez et al., 2013) e internacionales (Marchetti, 1997; Martínez, Musitu, García y Camino, 2003; Veliz y Apodaca, 2012).

Pero no únicamente desde el ámbito educativo se puede contribuir a un correcto e integral desarrollo del individuo, sino que es muy importante concederle mayor importancia a las agrupaciones de condición voluntaria como parroquias, grupos de ayuda mutua, etc., con objeto de reforzar la identidad personal y el autoestima en la etapa adolescente (Buelga, Musitu y Murgui, 2009). En esta línea, se debe ejercer una labor coherente y orientada hacia la consecución de hábitos adecuados para la salud, donde el consumo de sustancias nocivas y drogas sea mínimo.

Este trabajo complementa a numerosos estudios realizados en poblaciones adolescentes en relación al consumo de sustancias nocivas (tabaco y alcohol), autoconcepto, clima familiar y práctica de actividad física. De esta manera, los datos presentados arrojan luz al respecto y ponen de manifiesto la necesidad de la investigación en este campo.

El presente trabajo de investigación se encuentra estructurado en nueve capítulos, donde se desarrollan los aspectos necesarios para la realización de un estudio de estas características, enumerando los siguientes aspectos:

- En el primer capítulo se analizan los principales “*Fundamentos Teóricos*”, producto de la revisión bibliográfica, donde se abordan los términos básicos de este trabajo, como son: la adolescencia, el autoconcepto, sistema educativo, hábitos saludable, familia y aspectos psicosociales.
- El segundo de ellos referencia “*la Justificación y los Objetivos del mismo*”, elementos esenciales en todo trabajo de investigación donde se exponen las hipótesis y objetivos que se buscan en este estudio.
- El tercer capítulo tras el planteamiento del problema, reseña aspectos en conexión con el “*Material y Métodos*” de la investigación, haciendo alusión a: variables, diseño, muestra, contexto, técnicas estadísticas, etc., en relación con los objetivos propuestos en el capítulo anterior.
- El cuarto capítulo trata del “*Análisis de los Resultados*”, presentándolos, en primer lugar, de forma descriptiva en conexión con las variables y buscando las correspondencias entre las diferentes variables del estudio con el fin de responder a los objetivos planteados; en segundo lugar un análisis comparativo y, para finalizar, un modelo de ecuaciones estructurales.
- En el siguiente capítulo se trata la “*Discusión*”, donde se citan, comentan y discuten los resultados del capítulo anterior con nuestra interpretación y con la comparación respecto a estudios similares realizados.
- En el sexto capítulo, mostramos las “*Conclusiones*” obtenidas en nuestro estudio, respondiendo a los objetivos señalados con anterioridad.
- En el séptimo indicamos “*Las Limitaciones del Estudio*”.
- En el octavo capítulo comentamos “*Las perspectivas futuras de la investigación*”.
- El documento finaliza con el capítulo sobre las “*Fuentes Bibliográficas*” utilizadas y los “*Anexos*”.

A modo de resumen exponemos un cuadro que recoge la estructura de este estudio sobre adolescentes de la capital de Granada (España) y provincia.

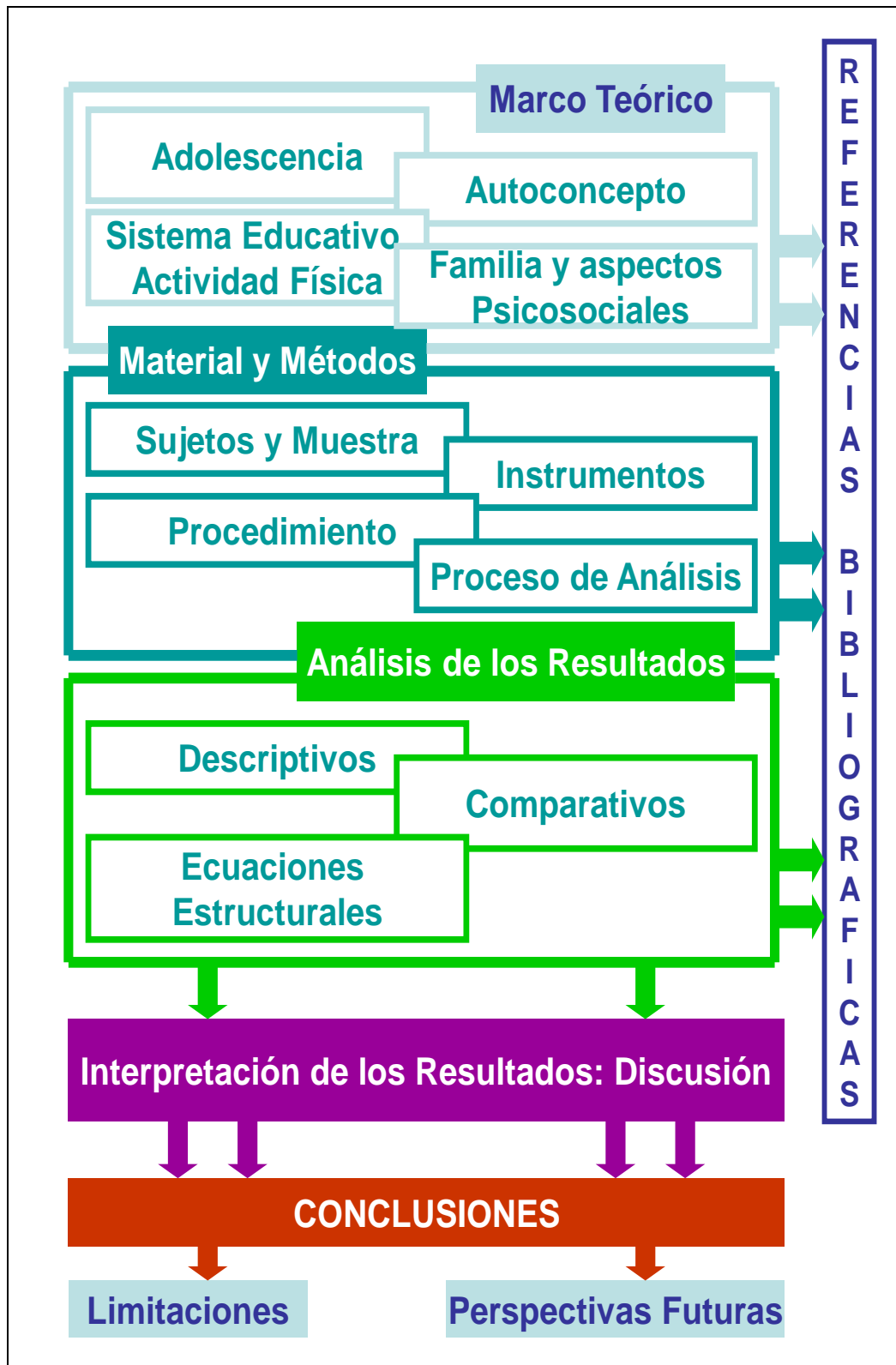


Figura I.1. Estructura de la investigación realizada.

MARCO TEÓRICO

II

II. MARCO TEÓRICO

En este apartado de la tesis doctoral se realiza la fundamentación teórica de los principales aspectos de la misma; en primer lugar se menciona a la adolescencia como periodo donde están inmersos los sujetos y participantes de esta investigación. En segundo lugar se citará todo lo relacionado con el autoconcepto; a continuación se desarrolla el sistema educativo y para finalizar, se abordarán los hábitos saludables y la familia.

II.1. LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es un periodo esencial en el desarrollo del ser humano, en este apartado trataremos de conceptualizar y establecer las etapas de la misma; además, se determina la evolutividad de este proceso.

II.1.1. CONCEPTO Y ETAPAS

No ha sido fácil ubicar el término adolescencia en el marco “*psicohistórico*” y “*sociohistórico*” de la humanidad, considerándose desde hace décadas como un tema prioritario por algunos especialistas como Hopkins (1982). Igualmente Aries (1962), manifestaba que la adolescencia se encontraba integrada junto con la infancia en un mismo periodo evolutivo hasta el siglo XVIII, centrandose su estudio únicamente a las alteraciones biológicas de la pubertad, dejando al margen los cambios a nivel psicológico, ta determinante y relevante en el desarrollo de la personalidad. De este modo, la “*era del adolescente*” comenzó en las dos primeras décadas del siglo XX (Kett, 1977), fundamentalmente cuando se produjeron tres cambios a nivel sociológico, tal y como indica Bakan (1972):

- La instauración de la educación obligatoria hasta los 16 años de edad.
- El establecimiento de leyes que prohibían el trabajo infantil.
- La fundación de procedimientos legales específicos para pubescentes.

A partir del momento en que la adolescencia se considera como una etapa independiente, emanan diversas aproximaciones a nivel conceptual con objeto de realizar una delimitación y comprensión del término adolescencia.

El término adolescencia proviene del verbo latino “*adolescere*”, que significa crecer, madurar y se encasilla en el periodo evolutivo que va desde la niñez hasta el momento en que el ser humano alcanza su desarrollo integral, no sólo a nivel biológico, sino también psicológico y social (Muñoz, 2000; Varela, 2012).

Desde principio del siglo pasado, existe gran cantidad de autores que han definido este concepto. A continuación se exponen las definiciones más relevantes ordenadas cronológicamente:

- **Hall (1904):** *“Una edad especialmente dramática y tormentosa en la que se producen innumerables tensiones, con inestabilidad, entusiasmo y pasión, en la que el joven se encuentra dividido entre tendencias opuestas”.*
- **Freud (1946):** *“Periodo de desequilibrio psíquico, conflicto emocional y conducta errática”.*
- **Winnicott (1972):** *“En la época de crecimiento de la adolescencia los jóvenes salen, en forma torpe y excéntrica, de la infancia, y se alejan de la dependencia para encaminarse a tientas hacia su condición de adultos. El crecimiento no es una simple tendencia heredada, sino, además, un entrelazamiento de suma complejidad con el ambiente facilitador. Si todavía se puede usar a la familia, se la usa y mucho; y si ya no es posible hacerlo, ni dejarla a un lado (utilización negativa), es preciso que existan pequeñas unidades sociales que contengan el proceso de crecimiento adolescente.”*
- **Del Val (1994):** *“Fenómeno psicológico que se ve determinado por la pubertad, pero que no se reduce a ella, y que, además, presenta variaciones en los diferentes medios sociales y en distintas épocas históricas”.*
- **Frydenberg (1997):** *La adolescencia es un periodo de transición que vive el individuo desde la infancia a la juventud.*
- **Gutiérrez-Baró (1999):** *“Es una etapa de la vida que está entre la infancia y la adultez, íntimamente relacionada con ambas, ya que están presentes muchas*

características de las etapas anteriores con otras nuevas no evidenciadas hasta entonces”.

- **Pérez y Santiago (2002):** *“Es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es sólo un período de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social”.*
- **Castillo (2008):** *“Periodo del desarrollo humano comprendido entre la niñez y la edad adulta durante el cual se presentan los cambios más significativos en la vida de las personas en el orden físico y psíquico”.*
- **López, Camuñas, Pascual y Llopis (2011):** *“Periodo que separa la niñez y la adultez”.*
- **Sánchez (2011):** *“Es una etapa transcendental en la vida en la que se producen cambios corporales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales”.*
- **Varela (2012).** *“Una de las etapas más importantes del individuo, fundamentalmente porque, en este período, se presentan unas características que no son fáciles de encontrar en otras fases del ciclo vital, como la brevedad y celeridad de los cambios”.*
- **Sousa, Mata y Antao (2013):** *“Periodo que marca la asimilación de la imagen corporal del sujeto adulto y desemboca en la estructuración de la personalidad”.*

Como se puede observar, la concepción sobre la adolescencia ha ido modificándose con el paso del tiempo. Desde que se comenzó a estudiar, Hall (1904) y Freud (1946) pensaban que en la adolescencia únicamente influían aspectos biológicos, pero con el transcurso de los años se tiene una concepción más integral de dicho término, donde se tienen en cuenta aspectos sociales y capacidades cognitivas (Hoare, 1991). Ramos (2010) piensa que son cuatro las áreas en la que se producen cambios: físico o biológico, cognitivo, emocional y social.

En este sentido Erikson (1959) ratificó que el primordial cometido psicosocial de la adolescencia es el logro de la identidad (Bilsker y Marcia, 1991), cuya característica es ser única e individual, aunque afectada por el aspecto social colectivo. Erikson (1959) creó un término llamado “*moratoria psicosocial*” para referirse a la etapa en la que el joven puede experimentar diversos roles sin tener que decantarse por ninguno.

De este modo el individuo tendrá la posibilidad de preparar responsabilidades típicas a desempeñar en la vida adulta, como el trabajo, la familia y la sociedad en general. Así, este autor afirma que la durabilidad de la etapa adolescente y el consiguiente enfrentamiento emocional dependerá de la mencionada moratoria, la cual es diferente en cada sociedad.

En esta misma línea se encasilla la teoría psicosocial de la adolescencia creada por Havighurst (1972), en la que se tiene en cuenta las demandas de la sociedad junto a las necesidades del individuo. La esencia de su teoría lo conforman lo que acuñó como “*tareas del desarrollo*”, que son aquellas competencias, capacidades y destrezas que el individuo debe adquirir en cada etapa de su vida con objeto de obtener una completa maduración personal y, por ende, responder de forma satisfactoria a las necesidades que plantea la sociedad (Muñoz, 2000). Un fracaso en el dominio de dichas tareas, supone el rechazo por parte de la sociedad, generación de ansiedad e insuficiencia para funcionar como una persona madura. Havighurst (1972), describió las siguientes tareas psicosociales:

- Aceptar el físico propio y utilizar de manera eficaz su cuerpo.
- Lograr independencia emocional de los padres y otros adultos.
- Lograr un rol social-sexual masculino o femenino.
- Formar relaciones nuevas y más maduras con compañeros de su edad y de ambos sexos.
- Desear y alcanzar una conducta socialmente responsable.
- Adquirir un conjunto de valores y un sistema ético para guiar su conducta.
- Prepararse para una carrera económica.
- Prepararse para el matrimonio y la vida familiar.

Este autor confirma que es muy importante que la familia y educadores de los pubescentes conozcan mencionadas tareas con el propósito de ofrecer a los adolescentes pautas precisas de lo que la población espera de ellos.

Otra concepción que va más allá de meros cambios biológicos, es el enfoque cognitivo y evolutivo, donde el individuo reorganiza sus capacidades cognitivas al mismo tiempo que usa el pensamiento formal, pudiendo pensar de forma abstracta y plantearse hipótesis, llevarlas a cabo, valorar diversas opciones y estimar lo real a partir de lo posible (Inhelder y Piaget, 1955). El inconveniente de esta área es que es menos patente para los observadores (Echevarría y López-Zafra, 2011), debido al rápido e irregular desarrollo en el individuo, falta de experiencia y exigencias contradictorias.

En resumen, se puede apreciar que existen diversas aproximaciones a la adolescencia en el campo científico, en la que cada vertiente destaca una característica importante, que a su vez sirve de base para elaborar sucesivas aclaraciones.

De este modo, es necesario crear un criterio de adolescencia más dinámico y completo, incluyendo elementos modificables como son los socio-históricos y culturales, sin dejar al margen el complicado mundo psicológico de las percepciones, sensaciones, pensamientos, emociones y sentimientos, todo ello alumbrado por la psicología ecológica (Muñoz, 2000).

Habitualmente, en cuanto a las etapas de la adolescencia se refiere, se ha establecido la franja entre los 12 y los 18 años, aunque tal periodo parece estar prolongándose en las sociedades actuales, llegando a incluir a los sujetos con 21 años de edad. Este periodo suele fraccionarse en tres etapas (Musitu, Buelga, Lila y Cava, 2001 y Palacios, Marchesi y Coll, 2009).

- **Primera adolescencia** (12-14 años): se producen los cambios más significativos a nivel biológico y psicológico.
- **Adolescencia media** (15-17 años): caracterizado por frecuentes y fuertes cambios del estado anímico. El nivel de autoconciencia en esta edad es elevado,

por lo que le conceden gran importancia a la imagen que los demás perciban de ellos.

- **Adolescencia tardía** (18-20 años): distinguida por llevar a cabo conductas de riesgo tales como consumo de alcohol y drogas, conducción imprudente y relaciones sexuales de riesgo.

Otra propuesta es la ofrecida por Muñoz y Martí (2008) y Ramos (2010), los cuales también distinguen tres etapas:

- **Pubertad o adolescencia inicial:** comprende las edades de once a trece años en chicas y de doce a catorce en chicos. La mayoría de los cambios son físicos y biológicos.
- **Adolescencia media:** va desde los trece a los dieciséis años en chicas y de los catorce a los diecisiete en los chicos. Se produce fundamentalmente un desarrollo a nivel mental, afectivo y social. Se aumentan las conductas de riesgo y son habituales los cambios de ánimo bruscos.
- **Adolescencia superior:** comprende desde los dieciséis a los veinte años en chicas y de los diecisiete a los veintiuno en los chicos. La toma de decisiones adquiere importancia en esta etapa al ir pensando en perspectivas de futuro. El individuo posee un mayor autodominio.

Incluso Arnett (2000) añade una cuarta etapa denominada **adultez emergente**, que va desde los veinte a los treinta años, creada por la prolongación de la estancia en el hogar parental donde aún no se asumen roles y responsabilidades de adultos de forma completa.

Aunque el establecimiento de edades en cada etapa es orientativo, lo que sí resulta evidente es la diferencia entre sexos, donde las chicas se desarrollan de forma más rápida que los chicos, tanto a nivel físico como en la formación de la propia identidad (Zacarés, Iborra, Tomás y Serra, 2009).

II.1.2. MODIFICACIONES EVOLUTIVAS EN EL ADOLESCENTE: DESARROLLO FÍSICO, PSICOLÓGICO Y SOCIAL

El término pubertad ha estado muy unido al de adolescencia, por lo que es necesario aclarar dicho constructo antes de desarrollar las etapas evolutivas de la adolescencia. Según Muñoz y Calvo (2011) la pubertad representa la etapa de transición entre la infancia y la edad adulta, donde se ocasionan importantes cambios físicos, psicológicos, funcionales y relacionales. El vocablo pubertad procede del latín "pubertas", que significa edad de la madurez y es considerada la primera fase de la adolescencia. En esta etapa el individuo experimenta una serie de cambios fisiológicos en un corto periodo de tiempo, produciéndose la maduración del sistema reproductor. La apariencia del cuerpo cambia debido a las alteraciones del sistema hormonal, existiendo la posibilidad de apreciar grandes cambios en lo que se refiere a inicio y duración (Eichorn, 1975).

El inicio del cambio es diferente en función del sexo. Como denominador común en ambos, se produce un acentuado crecimiento en el cuerpo (peso y estatura), lo que se suele conocer como "estirón", el cual dura de forma aproximada dos años. En los chicos el estirón suele comenzar a los 10-11 años de edad y puede retrasarse hasta los 16, aunque por norma general suele darse a los 13 años y alcanzar su crecimiento máximo a los 14. A partir de este momento el crecimiento se producirá de forma más gradual. Por el contrario, las chicas comienzan a desarrollar a partir de los 7-8 años y puede atrasarse hasta los 11-12 años (Mussen, Conger y Kagan, 1982; Coleman y Hendry, 2003).

Por tanto, las chicas desarrollan entre un año y dos años antes que los chicos. Sin embargo, la diferencia de tiempo entre los cambios corporales masculinos (órganos genitales) y femeninos (pecho) es de sólo unos meses (Finkelstein, 1980). Una de las modificaciones que se detectan a simple vista en chicos es la aparición de barba y el cambio en la voz.

Desde el punto de vista fisiológico, todos estos cambios se producen debido a un aumento de estrógenos y testosterona en ambos sexos. En los chicos, la hormona que predomina es la testosterona, la cual aumenta hasta 18 veces el valor que tenían en la

infancia y en las chicas los estrógenos, que se multiplica por ocho (Malina y Bouchard, 1991). Es significativa la percepción que los pubescentes tienen de su proceso de madurez, ya que afecta a diversas dimensiones del ajuste psicosocial (Buchanan, 1991; González y Tourón, 1992; Harter, 1999; López et al., 2011). Según Siegel (1982), las transformaciones físicas acarrearán una serie de impactos sobre los pubescentes:

- Hay un aumento de la toma de conciencia e interés con los aspectos relacionados con el cuerpo, debido al desarrollo cognitivo producido en estas edades.
- En estas edades se muestra más atención por la apariencia física.
- Las chicas suelen estar más disconformes con su apariencia física que los chicos.
- Hay un claro vínculo entre atractivo físico y aceptación social, estando mejor considerados socialmente aquellos adolescentes bien parecidos.

Otro aspecto a tener en cuenta es la actividad sexual en la etapa adolescente, la cual es una práctica que se traduce en ellos como un aumento de la autonomía e identidad, de autovaloración como ser seductor y una mejora en la capacidad para relacionarse con su grupo de iguales. Por desgracia, muchos de los adolescentes no se encuentran preparados a nivel mental para la actividad sexual, generándose diversos problemas (Fierro, 1998). En este sentido, la familia ejerce un papel fundamental a la hora de asesorar a sus hijos correctamente en cuanto a la sexualidad y el género (tales como roles sexuales, reparto del poder y el trato entre hombres y mujeres).

Además, los hábitos adquiridos por familiares así como por personas del entorno cercano al joven, influyen para afianzar, apoyar o suprimir su patrón de conducta (Londoño, 2010; Ruiz-Juan y Ruiz-Ruisueño, 2011). En caso contrario, éstos serán informados por su grupo de iguales, siendo la información menos certera (Kraft, 1993), además de no hallar las directrices necesarias en caso de encontrarse en una situación delicada (Coleman y Hendry, 2003).

En cuanto a los cambios psicológicos, desde principios de siglo XX se afirmaba que la adolescencia era una etapa de gran desorden interno, pero tal opinión ha recibido gran cantidad de críticas negativas que justifican que dichos estudios se realizaron con pacientes que presentaban problemas de tipo psiquiátricos (Offer, Ostrov y Howard,

1984). Las investigaciones llevadas a cabo con una muestra sin patologías (Offer, 1969), consideran que, aunque esta etapa suponga un momento complicado a nivel psicológico para el individuo, los cambios experimentados hacen referencia a las demandas en lo que a habilidad se refiere para ajustar sus autoevaluaciones con la información que reciben de sí mismos. Estos cambios van a afectar al individuo, por lo que necesita un tiempo para ir aceptando dichas transformaciones y crear una identidad, la cual será más o menos adecuada en función de las influencias recibidas (León, 2013).

La autoevaluación que los jóvenes llevan a cabo de su imagen corporal puede llegar a incidir en su autoestima, hecho que se observa de forma más clara en las chicas ya que son más exigentes en la valoración con su físico (Povedano, Estévez, Martínez y Monreal, 2012).

En esta etapa de desarrollo, habitualmente, la apariencia física está vinculada a la altura en los chicos y el peso en las chicas (Alsaker y Flamer, 2003). Ciertas investigaciones muestran que los chicos que maduran precozmente se sienten satisfechos con su estatura y cuerpo (Simmons y Blyth, 1987). Sin embargo, las chicas que se encuentran en la misma situación no tienen una percepción positiva de su imagen (Duke-Duncan, Ritter, Dornbusch, Gross y Carlsmith, 1985). Otras investigaciones como Stattin y Magnusson, (1990) y Alsaker (1997) afirman que los adolescentes, varones y mujeres, que maduraban prematuramente, mostraban más síntomas psicossomáticos que el resto de sus pares. No obstante, todo ello va a depender en gran medida del contexto social y cultural en el que nos encontremos.

El comportamiento es otro aspecto a considerar en esta etapa. Algunos estudios plasman que las féminas que maduran de forma temprana, muestran una puntuación más elevada en problemas conductuales en la escuela que el resto (Simmons y Blyth, 1987). Se puede aceptar que una maduración temprana puede provocar una gran fisura entre la maduración real y perspectiva de otros. En el ámbito escolar, esto puede acarrear más problemas, entre otros una disminución en la paciencia (Moffit, 1993). Por el contrario, Duke-Duncan et al. (1985) y Alsaker (1997), no opinan de la misma manera en lo que al ajuste escolar se refiere.

Magnusson, Stattin y Allen (1986); Silbereisen y Kracke (1993) y James y Javaloyes (2001), encontraron un vínculo claro entre maduración precoz y violación de normas por parte de las chicas entre otros, así como un aumento en el consumo de sustancias nocivas, ofensas y hurtos. A su vez, estas chicas suelen relacionarse con varones mayores que ellos y de maduración a tiempo e incluso tardía, presentando las mismas características que ellas.

Aunque todos estos estudios muestran una perspectiva clara, el que un individuo madure a destiempo, sea de forma temprana o tardía, no significa tajantemente que ello conlleve problemas conductuales, ya que ni todos los individuos son idénticos, ni las culturas son iguales ni cada pubescente asimila este gran engranaje de cambios de la misma manera (Marcos, 2010).

Por último, del mismo modo que se producen cambios en las dimensiones física, psicológica y comportamental, también se aprecian transformaciones en la esfera social y de personalidad. En esta etapa, el grupo de iguales posee un gran poder de influencia al mismo tiempo que la familia a ser reevaluada críticamente (Musitu y Cava, 2001). No obstante, tanto uno como otros, incidirán notablemente en el autoestima del individuo en esta etapa. Según Harter (1999) es de vital importancia conocer bien el desarrollo del autoconcepto y autoestima, con objeto de obtener una adecuada comodidad psicosocial.

En esta etapa, el adolescente va a tener su propia organización social, diferente de la niñez y adultez. Según Moreno (1997), el desequilibrio en este periodo es un aspecto determinante de la adolescencia-juventud. Basándonos en el estudio de Havighurst (1972), el pubescente tendrá que llevar a cabo una serie de tareas evolutivas para llegar a ser una persona social y psicológicamente competente. Tales tareas son:

- Conseguir relaciones maduras con compañeros de ambos sexos de su edad.
- Decantarse por un papel social, ya sea masculino o femenino.
- Aceptar su imagen corporal y utilizar el cuerpo de manera eficiente.
- Ser independientes emocionalmente con respecto a los padres y otros adultos.
- Estar preparados para el matrimonio y una vida familiar.
- Prepararse para una carrera económica.

- Desarrollar una ideología.
- Tener una conducta responsable de cara a la sociedad.

Todas estas metas no tienen por qué conseguirse de forma conjunta ni en un tiempo determinado, pero es cierto que en nuestra sociedad el tiempo para alcanzarlas se ha alargado, ya que cada vez es más complicado incorporarse a la vida adulta, debido a la dificultad de encontrar trabajo y tener independencia económica y por tanto personal. Según Moreno (1997), nuestra sociedad define muy bien las metas del adolescente, pero por el contrario no favorece la consecución de las mismas.

A modo de conclusión en este primer punto, hemos de dejar claro que en la adolescencia, además de las transformaciones físicas, psicológicas y sociales, se producen otras, destacando las relaciones familiares, las cuales han cambiado bastante a lo largo de estas últimas décadas.

II.2. AUTOCONCEPTO

En este segundo capítulo del marco teórico, se aborda el autoconcepto, señalando las principales teorías, conceptos, desarrollo y tipologías del mismo.

II.2.1. PRINCIPALES TEORÍAS DEL AUTOCONCEPTO

A lo largo de la historia la psicología se ha centrado en el estudio del autoconcepto desde que se considera disciplina científica. De este modo, a lo largo de más de un siglo de existencia, se han ofrecido gran cantidad de definiciones y explicaciones desde la perspectiva psicológica a cerca del término autoconcepto. La principal desemejanza entre las diferentes teorías estriba, fundamentalmente, en la importancia que se les concede a los diversos agentes influyentes en la formación del mismo. Unas abogan por los influjos ambientales y otras por el proceso constructivo individual.

A continuación se exponen las principales teorías del autoconcepto según gran cantidad de investigadores (González y Tourón, 1992).

II.2.1.1. Teoría de William James

William James (1842-1910) fue considerado como el primer psicólogo que elaboró una teoría del autoconcepto. Su teoría ha servido de base para elaborar otras posteriores y es un claro punto de referencia en la actualidad (Infante, 2009; Fernández, 2010).

Ya en 1890, elaboró un libro llamado “*The Principles of Psychology*” y dedicó un capítulo a la conciencia del sí mismo (“*The Consciousness of Self*”), donde realiza una diferenciación entre dos elementos básicos del self: el *yo-self* como sujeto y el *mí-self* como objeto. El yo-sujeto es el sabedor, el agente encargado de la construcción del mí-objeto. El yo sujeto se caracteriza, por tanto, por ser subjetivo, mientras que el mí objeto es un self creado por el yo sujeto, recogiendo el conocimiento a cerca de nosotros mismos. Según este autor, el yo-self, a su vez, simboliza otros tipos de conciencia más determinados, como una conciencia personal permanente en el tiempo y un conocimiento sobre las experiencias singulares y peculiares de cada cual.

James (1890) opinaba que la filosofía debería ocuparse del yo, o ego puro, ya que éste hace referencia al yo pensante y, por el contrario, la psicología tendría que centrarse en el estudio del mí, el cual, interpretado como el conjunto total de todo lo que un individuo puede considerar suyo, conformaría lo que se entiende como autoconcepto. El mí se fraccionaría en tres elementos:

- El ***Self Material***: todo material que nos pertenece, sin descartar los aspectos corporales que consideramos parte de nosotros. Sería la base del escalafón.
- El ***Self Social***: las particularidades de un individuo reconocido por terceras personas. Se encontraría en una posición intermedia, ya que la preocupación por los demás debe ser mayor que la que se tenga del propio cuerpo y de la salud.
- El ***Self Espiritual***: se situaría en la parte más elevada de la jerarquía, siendo tan importante que la persona debería estar dispuesta a renunciar a aspectos como bienes, amigos, fama e incluso hasta la propia vida.

Este planteamiento de James (1890) dará paso, décadas más tarde, a la concepción jerárquica y multidimensional del autoconcepto, como se mostrará más adelante.

Por otra parte, este autor destaca la naturaleza social del autoconcepto al declarar que el individuo posee tantos selfs sociales como personas que lo reconocen y producen mentalmente una imagen de él. Dichas imágenes creadas por sus semejantes, se incorporan al autoconcepto. Es por ello por lo que se contempla la existencia de diversos selfs sociales, en base a los diferentes roles que cada persona acepta en cada situación social, las cuales pueden ser armónicas o, por el contrario, discordantes entre sí. Una disputa entre los “mis sociales”, revelaría la dificultad de admitir de forma conjunta los diferentes roles que una persona puede asumir, siendo necesario, para vencer el conflicto, hacer una adecuada selección de los roles que verdaderamente se quieren ejercer.

Además, James (1890) subrayó la relación que existe entre nuestras autopercepciones, expectativas y logros. El autoconcepto no se engendra a raíz de los éxitos conseguidos en la vida, sino más bien de la división entre el éxito percibido y los propósitos. Cuando el éxito percibido es igual o mayor que las pretensiones, la persona verá engrandecido su autoconcepto; sin embargo, cuando las aspiraciones son más elevadas que los objetivos alcanzados, el autoconcepto se verá afectado. No obstante, cuando los fracasos se obtienen en un área considerada poco importante por la persona, no afectará negativamente al autoconcepto.

Como conclusión al planteamiento de James (1890), hay que destacar dos enfoques que destacarán en décadas sucesivas: de una parte, la diferencia entre el yo-percibido (logros) y el yo-ideal (propósitos); y de otra, discernir entre la percepción (el juicio) y la importancia asignada (valor) a los diversos logros personales.

II.2.1.2. El interaccionismo simbólico

El interaccionismo simbólico hace hincapié en cómo las relaciones sociales que tiene el individuo con otras personas configura el autoconcepto. Esta corriente, enmarcada en la psicología social, es una de las más destacadas durante los años veinte y treinta del siglo pasado. Fundamentalmente se centra en el estudio de la interacción entre el individuo y la sociedad, donde no es posible entender un análisis de la persona sin considerar el aspecto social. Coley (1902) y Mead (1934), son los máximos

representantes de esta vertiente y afirmaban que el concepto que una persona crea de su self brota de las relaciones con el prójimo, reflejando las evaluaciones y expectativas de los demás (Infante, 2009; Fernández, 2010).

Coley (1902) acuñó el término del self-reflejo a partir del término “*looking-glass self*”, sobre la que se basa toda la teoría del autoconcepto confeccionada por el interaccionismo. Bajo este punto de vista, los otros significativos componen un retrato social que muestra a la persona la imagen que provoca en los demás. Las reacciones por parte de nuestros iguales se integran en el self, quedando compuesta la percepción de uno mismo por tres elementos fundamentales:

- La idea que se tiene de nuestra apariencia ante los demás.
- La idea que cada individuo construye sobre los juicios que los demás hacen de su aspecto.
- Los sentimientos que van ligados al self o sí mismo, tales como timidez o vanidad.

En definitiva, esta metáfora simplifica la idea de que la apreciación que cada cual tiene de sí mismo, está definida por la percepción que un individuo tiene de las reacciones que el resto de personas tienen sobre él.

Años más tarde, Mead (1934), en armonía con Coley (1902), influye en la vertiente social del self, declarando que “*el self es esencialmente una estructura social y se desarrolla en la experiencia social*”, basándose también en la diferenciación que James (1890) llevó a cabo entre el yo (persona que actúa) y el mí (las posturas de los demás hacia uno mismo).

Mead (1934) piensa que el sujeto puede llegar a conocerse mejor a sí mismo a través de lo que denominó “*Taking the role of other*”, esto es, “*ponerse en lugar del otro*”, con objeto de ver nuestra propia imagen desde el punto de vista de otras personas. Así, el individuo podría concebirse como objeto y por tanto generar un concepto sobre sí mismo. En esta aceptación de roles, la persona debe tener en cuenta la actitudes del otro, no sólo de forma específica, sino también generalizada. De este modo, se puede afirmar

que el self es un reflejo social de cómo la sociedad espera que un individuo se comporte.

Además, defiende que el autoconcepto está compuesto por diversas identidades sociales, que se corresponden con los diferentes roles que cada persona desempeña (madre, padre, hija, hijo, profesional, etc.), llegando a crear una u otra imagen en base al papel que se adopta en cada caso.

Más adelante, Kinch (1963) sintetiza y estructura la teoría del autoconcepto elaborada por los interaccionistas:

- El autoconcepto es un conglomerado de habilidades que las personas se atribuyen.
- Nace de la interacción social y dirige e incide en la conducta.
- Se basa en la percepción de cómo el prójimo reacciona ante el individuo.
- Tal percepción refleja las respuestas verdaderas de los demás hacia la persona.

En resumen, sugiere que el concepto que el individuo posee de sí mismo florecería de la relación social con otras personas y grupos, y, por ende, dicho autoconcepto encauzará la conducta futura de ese individuo.

De forma concluyente, se ha de decir que la filosofía del interaccionismo simbólico ha sostenido obras de autores como Brookover, Thomas y Patterson (1964), Coopersmith (1967) o Rosenberg (1965 y 1979), las cuales incidieron notablemente en el estudio del autoconcepto durante varios años.

II.2.1.3. Otras aportaciones de la primera mitad del siglo XX

Durante los años treinta y cuarenta dominó la corriente del *conductismo*, la cual no se centraba en el estudio del autoconcepto, sino más bien en el estudio de la conducta externa, susceptible de medición y observación, con objeto de dotar a la psicología de carácter científico. El self carece de atención en esta corriente, ya que éste requiere una apreciación subjetiva (González y Tourón, 1992; Infante, 2009; Fernández, 2010).

Desde la *teoría del aprendizaje social* (Bandura, 1969), se incorporan dos nuevas variables en el análisis del autoconcepto, la autorecompensa y el autocastigo, subordinándose el autoconcepto a la frecuencia de los autoreforzos. Esta teoría, a diferencia del conductismo, considera algunos aspectos de la conducta interna, aunque le da preferencia al comportamiento observable.

La teoría psicoanalítica se centra en el estudio del yo, siendo el máximo representante de esta corriente Freud (1923). También destacan autores neofreudianos como Sullivan, Horney, Adler, Fromm y Ericson que abordan el autoconocimiento y el autoestima (Burns, 1979). Tales teorías incidirán de forma distinguida en la psicología humanista más actual.

A finales de los años treinta e inicios de los cuarenta, el *campo de la personalidad* comenzó a recuperar el interés por el yo en la psicología y por ende, del autoconcepto; en dicha corriente destacan autores como Allport (1943) y Hilgard (1949).

II.2.1.4. La fenomenología y la psicología humanista

En los años cuarenta nace una nueva corriente denominada *psicología fenomenológica y humanista*, que le dará un fuerte empuje al estudio del autoconcepto. Lewin y Reinny, fundadores, destacan junto a Snygg y Combs (1949) en este movimiento. Esta corriente sostiene que la autopercepción del individuo se crea a partir de cómo se percibe cada uno así mismo, cómo divisa las situaciones en las que se encuentra inmerso y cómo se conectan tales impresiones. Combs, Blume, Newman y Wass (1974), añaden que el autoconcepto incide en la determinación de la conducta (Infante, 2009; Fernández, 2010).

La idea básica de esta corriente concluye que la conducta mostrada por un individuo está determinada, no únicamente por las experiencias pasadas y presentes, sino también por los significados personales que cada persona otorga a la percepción de dichas vivencias.

Esta organización llena de significados personales que toda persona vive, conforma el campo fenomenológico o perceptual. Este cosmos personal y particular del individuo es el más influyente en la conducta, de tal forma que el comportamiento es el resultado de cómo creemos que somos, más que una simple función de lo que nos influye del exterior. En definitiva, la fenomenología le concede mayor importancia a la percepción que cada sujeto obtiene de la realidad más que la realidad en sí misma.

Las percepciones provenientes del mundo exterior constituyen la base para el desarrollo del autoconcepto. Con objeto de eludir la disputa entre ideas y situaciones contrariadas, el individuo trata de recibir aquellos fundamentos que no generen discordia, actuando el autoconcepto como filtro.

El autoconcepto es fundamental para el bienestar y equilibrio del individuo, pero su habilidad para cribar información externa, dependerá del desarrollo individual de la persona, así como del entorno en el que transcurra dicho desarrollo (Burns, 1979).

Esta corriente ha influido notablemente en la psicología humanista durante los años cincuenta. Rogers (1951 y 1959), máximo representante de esta teoría, también llamada psicología humanista americana, concibe el sí mismo como elemento central en su teoría de la personalidad, realizando su importancia en la práctica clínica y entorno educativo.

La psicología humanista defiende la idea de que cuando un individuo se acepta a sí mismo, alcanzará una mayor madurez personal y no activará los mecanismos de defensa en demasía. El concepto de uno mismo que cada persona desarrolla, sirve para encauzar su ajuste con el mundo exterior.

La imagen que la persona crea de sí mismo, se elabora en función de las experiencias vividas, así como de la interacción social con el prójimo. Con el propósito de crear una imagen adecuada, el individuo selecciona aquellas representaciones de sí mismo que refuerzan su competencia y valía y rechaza aquellas que no le interesan.

A partir de esta ideología, Rogers elaboró una psicoterapia centrada en el cliente, utilizándola como técnica para mejorar el autoconcepto y el ajuste psicológico, a través

de la consecución de una adecuada proporción entre la experiencia y la autopercepción. Bajo esta perspectiva se han desarrollado múltiples estudios sobre el autoconcepto.

II.2.1.5. Psicología social y psicología cognitiva

Coopersmith (1977) defiende que los ideales del niño –sus aspiraciones- y los valores que asume como propios en su conducta, dependen de los resultados alcanzados por cada uno de ellos en sus experiencias sociales, es decir, relacionales (las familiares y otras) (Infante, 2009; Fernández, 2010).

A continuación se enumeran las condiciones que, desde el punto de vista de la psicología social, son importantes en la formación de la autoestima del niño:

- Cómo los padres aceptan el hijo que tienen.
- Claridad y respeto por las normas educativas que se imponen en su ámbito educativo.
- El respeto a lo que realice, dentro de esas normas educativas.
- El hecho de “no estar encima del niño” cuando hace lo que hace -respetando su libertad y autonomía, ya que eso favorecerá, las relaciones sociales con los demás. Se entiende que dichas relaciones sociales serán fructíferas porque parten de la aceptación y de la valoración del propio yo –autoestima.

Habrá que esperar a los ochenta y noventa, de la mano de *la psicología cognitiva*, para considerar el self como una estructura de conocimiento que nos posibilita organizar la información sobre nosotros mismos. Esta corriente postula que para entender o predecir la conducta de otra persona, es necesario conocer primero cómo está clasificado cognitivamente el mundo de dicho individuo. Según Neisser (1976), sólo se asimilan las situaciones para las que se tienen esquemas, desechándose el resto.

Aunque bien es cierto que los esquemas individuales sufren modificaciones, pudiendo llegar a procesarse situaciones que anteriormente eran ignoradas y por el contrario olvidar aquellas que se asimilaban un tiempo atrás.

En este sentido la psicología cognitiva considera al self como una estructura que clasifica, transforma e incorpora funciones de la persona (Kelly, 1955; Epstein, 1973; Coopersmith, 1977).

A continuación se ofrece un cuadro resumen de las principales teorías y escuelas psicológicas que han focalizado su estudio en el autoconcepto.

Tabla II.1. Relación de aportaciones al autoconcepto según corrientes (Goñi y Fernández, 2008).

CORRIENTE	APORTACIONES
Interaccionismo Simbólico	Le da prioridad a la dimensión social del autoconcepto y la imagen que cada persona crea de sí mismo en función de la relación con los demás.
Conductismo	Tiene en cuenta únicamente parámetros observables y medibles, concentrándose en el ambiente.
Aprendizaje Social	Focaliza su atención en la conducta observable pero sin dejar de lado procesos internos como el autorrefuerzo.
Teorías Psicoanalíticas	Analizan el autoconcepto considerando tres ámbitos: ello, yo y súper yo.
Fenomenología	Muestra interés en las percepciones subjetivas asimiladas por el individuo.
Psicología Humanista	Utiliza el consejo psicológico para la mejora del sí mismo.
Psicología Social	Destaca la importancia de las experiencias vividas en la formación del autoconcepto.
Cognitivismo	Entiende el autoconcepto como una estructura activa de procesamiento de la información (self esquema).

II.2.2. DEFINICIÓN DE AUTOCONCEPTO

En el presente apartado se van a mostrar algunas definiciones de autoconcepto, pero antes clarificaremos las diferencias existentes entre autoconcepto y autoestima, ya que durante décadas ha existido cierta confusión entre ambos términos (González y Tourón, 1992).

Tal ambigüedad puede apreciarse en las numerosas acepciones aportadas por las diversas corrientes y enfoques teóricos centrados en el estudio del autoconcepto; en ocasiones se encuentra asociada a diversos términos como autoimagen, autopercepción, representación de sí mismo, conciencia de sí mismo, autoconcepto y autoestima para referirse a lo que entendemos como autoconcepto.

Los términos más utilizados en la literatura americana, referidos a este campo, son autoconcepto y autoestima; sin embargo Europa se decanta por el uso de autoconcepción, conciencia de sí y representación de sí (Castro, 2013).

Cuando los investigadores utilizan de manera indistinta ambos términos, autoconcepto y autoestima, se refieren al cúmulo de características, imágenes y sentimientos que el sujeto acepta como parte de sí mismo (Fleming y Courtney, 1984; Goñi 2009; De Tejada, 2010).

Algunos científicos tratan de establecer diferencias entre dichos términos, relacionando el autoconcepto con elementos cognitivos y descriptivos del sí mismo (autoimagen) y la autoestima con aspectos evaluativos y afectivos (Watkins y Dhawan, 1989; Galarza, 2013).

Para De Oñate (1989) y Garaigordobil, Durá y Pérez (2005), el “*self*” o autoconcepto hace referencia al autoconocimiento que la persona posee, mientras que la autoestima refleja el concepto que uno tiene de sí mismo, ya que parte de valoraciones subjetivas que se generan de la propia experiencia personal.

Como se puede apreciar en la siguiente tabla, aunque la mayoría de las definiciones tienen características comunes y a nivel general, se reconoce que el término autoconcepto abarca al de autoestima, cada autor le concede unas particularidades en función de su ideología y corriente a la que pertenezca.

Haciendo una compilación de todas las definiciones podríamos indicar que el autoconcepto es: *“Imagen que una persona tiene de sí misma, a nivel físico, social y espiritual, construida a partir de sus relaciones sociales y experiencias vividas y condicionada por la forma en la que se percibe y asimila toda la información proveniente del exterior”*.

Tabla II.2. Definiciones del autoconcepto según diversos autores.

AUTOR Y AÑO	DEFINICIÓN DE AUTOCONCEPTO
Triandis (1970)	<i>“Las actitudes se definen como lo que la persona piensa de, siente respeto a, que le predispone a comportarse de una manera determinada”.</i>
Shavelson et al. (1976)	<i>“Percepciones del individuo sobre sí mismo, las cuales se basan en sus experiencias con los demás y en las atribuciones que él hace de su propia conducta”.</i>
Shavelson et al. (1976)	<i>“La percepción que una persona tiene de sí misma, que se forma a partir de las experiencias y relaciones con el medio, en donde juegan un importante papel tanto los refuerzos ambientales como los otros significativos”.</i>
Rosenberg (1979)	<i>“Es la totalidad de pensamientos y sentimientos que hacen referencia al sí mismo como objeto”.</i>
Wylie (1979)	<i>“Hace referencia a cogniciones y evaluaciones relacionadas con aspectos específicos del sí mismo; la concepción del sí mismo ideal y un sentido de valoración global, autoaceptación o autoestima general”.</i>
Greenwald (1980)	<i>“Es una organización cognitivo-afectiva o de actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo”.</i>
Epstein (1981)	<i>“Conjunto de representaciones mentales y conceptos (juicio descriptivo) que el individuo tiene acerca de sí mismo, que engloba sus distintos aspectos corporales, psicológicos, sociales y morales”.</i>
Bullock y Lutkenkhaus (1988)	<i>“Modo en que la persona se define a sí misma y se asume que este conocimiento de uno mismo influye en el desarrollo social y emocional, en el desarrollo cognitivo, en la construcción del conocimiento y especialmente en la utilización de estrategias dirigidas a un objetivo”.</i>
Alexander (1989)	<i>“El autoconcepto desarrollado en los seres humanos nos hace únicos como especie y la conciencia de nuestro “yo” ha promovido, tanto la cognición como la organización social de nuestra especie”.</i>
Burns (1990)	<i>“Conjunto organizado de actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo”.</i>
Arráez (1998)	<i>“Imagen que cada individuo tiene de sí mismo, reflejando sus experiencias y los modos en que estas experiencias se interpretan”.</i>
Harter (1999)	<i>“Percepciones que el individuo tiene de sí mismo”.</i>
García y Musitu (1999)	<i>“Concepto que el individuo tiene de sí mismo como un ser físico, social y espiritual”.</i>
Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez (2004)	<i>“Grado de satisfacción con uno mismo y con la vida en general”.</i>
Fariña, García y Vilariño (2010)	<i>“Conjunto de imágenes, pensamientos y sentimientos que el individuo tiene de sí mismo, en las dimensiones significativas para él, académica, social, emocional y familiar y que son críticas para la adquisición o protección frente al comportamiento antisocial y delictivo”.</i>
Rodríguez (2010)	<i>“Percepciones que cada individuo tiene sobre sí mismo y los atributos que utiliza para describirse. Se trataría de una apreciación descriptiva con un matiz cognitivo”.</i>
Salum-Fares, Marín y Reyes (2011)	<i>“Concepto que el individuo tiene sobre sí mismo como persona. Consiste en un conjunto de juicios tanto descriptivos como evaluativos a cerca de uno mismo, es decir, en él se expresa el modo en que la persona se representa, conoce y valora a ella misma”.</i>
Estévez (2012)	<i>“Conocimiento y creencias que el sujeto tiene de sí mismo en todas las dimensiones y aspectos que lo configuran como persona, esto es, en el aspecto corporal, psicológico, emocional, social, etc. Involucra una descripción objetiva y/o subjetiva de uno mismo, que tiene una multitud de elementos o atributos”.</i>
González, Leal, Segovia y Arancibia, (2012)	<i>Se relaciona con conceptos cognitivos e integra el conocimiento que cada persona tiene de sí misma como ser único. Se trata de un conocimiento que no está presente en el momento del nacimiento, sino que es resultado de un proceso a nivel activo de construcción por parte del sujeto”.</i>

II.2.3. DESARROLLO EVOLUTIVO DEL AUTOCONCEPTO

Tal y como se ha observado en el apartado anterior, una de las hipótesis más destacadas de la nueva idea de autoconcepto es su predilección hacia la estabilidad, lo cual no implica entenderlo como algo invariable, sino como resistente al cambio. Sin embargo, no todas las dimensiones que lo integran presentan el mismo escalafón de estabilidad, habiendo más ductilidad cuando la posición en la jerarquía es menos elevada (Webster y Sobieszet, 1974). De esta manera, se puede afirmar que el autoconcepto general es más sólido y consistente, mientras que las dimensiones de cada campo son más influenciadas por las experiencias y, por ende, flexibles y sujetas a la modificación.

El hecho de que el autoconcepto sea estable, no se contrapone a que éste varíe en el proceso de desarrollo. Ello posibilita la intervención educativa, invitando a actuar sobre los aspectos más específicos del autoconcepto. La edad es uno de los factores que modula la estabilidad de éste.

La adolescencia representa un periodo crítico en el inicio y desarrollo del ser humano, siendo numerosos los trabajos que se han centrado en el estudio del autoconcepto y su importancia, como señalan entre otros Standage y Treasure (2002) o Standage, Duda y Ntoumanis (2005) y más recientemente Videra y Reigal (2013); esta etapa conforma una fase esencial en el desarrollo, pues se configura y adquiere el ámbito cognitivo, físico y social (Moral, Rodríguez y Ovejero, 2010 y Villarreal-González, Sánchez y Musitu, 2013; Vilariño, Amado y Alves, 2013).

En este sentido, diversas investigaciones (Epstein, 1973 y 1981; Greenwald 1980; Markus y Nurius, 1986; Madrazo, 2012; Sosa, 2014), amparan la idea de que el autoconcepto es una creación cognitiva, por lo que su desarrollo podría explicarse a partir de las variaciones cognitivas que se producen en estas edades. Esta postura se explicaría a partir de la teoría de Piaget (Harter, 1993), razonando de este modo, que los niños de tres y cuatro años expliquen el *self* en vocablos observables y de características concretas (características físicas, pertenencias materiales y conductas), acorde a las habilidades y barreras cognitivas del periodo preoperacional de Piaget.

Los estudios centrados en el autoconcepto en niños entre los cinco y once años, presentaban descripciones sobre el tipo de habilidades de estructura jerárquica que surgen en el periodo de operaciones concretas. Así mismo, las definiciones del *self* más abstractas fundamentadas en procesos psicológicos (pensamientos, emociones, motivos y actitudes), típicas de la adolescencia, eran congruentes con el periodo de operaciones formales de Piaget.

Sin embargo, la teoría de Piaget ha sido puesta en duda al defender que no es posible obviar las diferencias individuales y los factores contextuales tales como, educación, cultura o socialización, que pueden incidir sobre la evolución cognitiva (Case, 1985; Flavell, Miller y Miller, 2002). Aun así, la teoría piagetiana ha contribuido bastante en el campo de la psicología, destacando aquellos aspectos comunes y básicos en el desarrollo intelectual que afectan a los niños de todas las culturas, independientemente de su origen y ambiente (Garner, Garfinkel, Rockert y Olmsted, 1987).

Actualmente, como desenlace de esta crítica, se justifica que en el autoconcepto influyen tanto procesos cognitivos como sociales. El desarrollo a nivel cognitivo de la persona aportará las bases de los cambios que se producen en las autopercepciones con la edad. Tales cambios, van unidos a procesos sociales como compararse con el prójimo, aumento del número de contextos en los que el sujeto de desenvuelve o expectativas cambiantes del entorno, esto es, variaciones que afectarán sobre el contenido y valoración de las autopercepciones (Harter, 1999; Franco, 2008; Gómez, Pomar, Fernández y Rey, 2011; León 2013).

En este sentido, las teorías psicológicas recientes acerca del autoconcepto, concuerdan en que éste es una construcción propia del individuo, la cual resulta de la interacción de la persona con el entorno y de las experiencias que asimila, positivas o negativas, en las diferentes dimensiones: física, afectiva, intelectual y social.

En el punto que procede, se van a mostrar las características más importantes del autoconcepto en diversas etapas de la infancia y adolescencia (Harter, 1999; Castro, 2013); de esta manera según Harter (1990), las etapas del autoconcepto en la infancia se dividen en:

a) Infancia temprana (3-4 años):

Esta etapa se caracteriza por la realización de autodescripciones, muy distanciadas unas de otras, de aspectos determinados de su conducta y competencias (Fischer, 1980; Damon y Hart, 1988). Dichas autodescripciones suelen ser ficticias y positivas (Frey y Ruble, 1985) y el niño no reconoce ser capaz de mostrar sentimientos opuestos tales como estar triste o feliz, simpático o desagradable (Carrol y Steward, 1984; Donaldson y Westerman, 1986). En estas edades son incapaces de construir un concepto de autoestima, a pesar de que en sus acciones puedan observarse declaraciones de autoestima positiva o negativa (Haltiwanger, 1989; Harter, 2006; Castro, 2013).

b) Infancia media (5-7 años):

En la infancia media, las autodescripciones siguen siendo positivas, continúan sobrestimando habilidades y en su pensamiento el “todo o nada” (Harter y Buddin, 1987). Aunque existe un proceso cognitivo que le permite relacionar conceptos que estuvieron distinguidos previamente, carecen de la capacidad de generar un concepto global de su talento como persona (Varela, 2012). Empiezan a ser conscientes de que el *self* es evaluado por nuestros iguales, aunque aún no asimilan tales juicios (Sánchez, 2011; Castro, 2013).

c) Infancia tardía (8-11 años):

Se producen grandes avances cognitivos que inciden sobre la descripción del self estableciendo etiquetas rasgo (ejemplo: una persona es inteligente cuando obtiene buenas calificaciones académicas en lenguaje, ciencias sociales y arte) (Fischer, 1980; Siegler, 1991), así como una valoración más completa del mismo (Harter, 1990). En estas edades el individuo es capaz de admitir que se posee características, emociones y sentimientos positivos y negativos (Case, 1992; García-Sánchez et al., 2013). Destaca que en esta fase el niño comienza a interiorizar las evaluaciones que el resto hace de él y se empieza a crear el autoconcepto (Fernández, 2012).

d) Autoconcepto en la adolescencia temprana:

Las autodescripciones que se producen en esta etapa, están constituidas por atributos que benefician las relaciones interpersonales y destrezas sociales, las cuales repercuten en las interacciones con el resto (Castro, 2013). Según Damon y Hart (1988), también

integra destrezas tales como habilidades académicas (ser inteligente) y sus posibles efectos (estar contento o triste).

Durante la adolescencia temprana se constituyen varios autoconceptos (selves) que variarán en función del contexto social. De esta manera, el pubescente crea un self con el padre, con la madre, con los amigos y selves combinados con diversos roles, como el self de estudiante, deportista, etc. (Griffin, Chassin y Young, 1981; Sánchez, 2011; Sosa, 2014).

En relación al autoestima, hasta no hace mucho, ha sido tratada como un concepto unitario. Sin embargo, se va admitiendo que los juicios del individuo sobre su valía como ser, también sufren un proceso de diferenciación y pueden cambiar en función de la situación, momento y entorno en el que se encuentren, a lo que se le concede el nombre de “*autovalía relacional*” (Leary y Downs, 1995; Harter, Water y Whitesell, 1998; De Tejada, 2010).

Otra habilidad que se adquiere en este periodo, es la capacidad de integrar diversas descripciones de sí mismo de carácter más complejo (Flavell, 1999; Bernal, 2006). A ello se le denomina integración del autoconcepto, donde se crean generalizaciones abstractas del *self* que se caracterizan por ser inciertos e inobservables.

Cuando las descripciones que el adolescente crea de sí mismo son abstractas, dejando a un margen la parte observable y concreta, tienden a la distorsión. En este sentido, es más complicado evidenciar el autoconcepto del individuo, además de ser menos realista. La parte negativa de este hecho, es que los adolescentes pueden llegar a desarrollar conductas rebeldes (Vilariño et al. 2013).

En esta etapa no se han logrado las habilidades indispensables para llevar a cabo un pensamiento hipotético-deductivo al axioma del *self*. El joven puede tener diferentes conjeturas sobre el self, pero carece de capacidad para descifrar correctamente cuáles son correctas, lo cual puede conducirle a autopercepciones deformadas (León, 2013).

Estas conceptualizaciones sobre el *self* conforman representaciones muy distintas unas de otras, que dificultan la creación de una figura integrada del mismo en la adolescencia temprana (Fischer, 1980; Fierro, 1991; Silverio y García, 2007).

II.2.4. CLASIFICACIONES DEL AUTOCONCEPTO

Tradicionalmente, en el estudio del autoconcepto la tendencia ha sido plantear una dimensión única, haciendo hincapié en los aspectos más globales (Coopersmith, 1967; Marx y Wynne, 1978, citados en García y Musitu en 2001). Como señala Goñi (2009) el autoconcepto ha tendido a ser concebido durante décadas como un constructo unitario, dominado por una perspectiva unidimensional, en la cual este constructo era representado por un único eje que hacía referencia al autoconcepto general, autoconcepto total, autoconcepto global o, en ocasiones, autoestima global (Véliz, 2010). De hecho, uno de los cuestionarios más utilizados es la Escala de Rosenberg (1965), en la que se concebía el autoconcepto de modo unidimensional.

Esta concepción unidimensional y global del autoconcepto predominante durante décadas, desde mediados de los años setenta del pasado siglo, fue evolucionando a una concepción multidimensional y jerárquica, produciéndose un notable cambio en la forma de concebirlo (Esnaola et al. 2008), cambio que muestra al autoconcepto con un carácter pluridimensional y con una estructura compuesta por varias dimensiones dispuestas jerárquicamente (Epstein, 1973; Byrne y Shavelson, 1986; Rodríguez, 2010).

Siguiendo a Rodríguez (2008), se observan seis modelos diferentes que ponen de manifiesto la posible relación existente entre los diversos factores que conforman el autoconcepto:

El modelo multidimensional de factores independientes, que supone la antítesis del modelo unidimensional, dado que plantea que no existe ningún tipo de correlación entre los factores del autoconcepto, defiende la relativa ausencia de tal correlación, la cual ha recibido cierto apoyo empírico (Marsh y Shavelson, 1985; Soares y Soares, 1977 y 1983), y no tanto la versión más restrictiva del mismo (Marsh y Hattie, 1996; Marsh, 1997).

El modelo multidimensional de factores correlacionados presume que todos los factores del autoconcepto se encuentran relacionados entre sí, habiendo recibido mucho más apoyo empírico que el modelo de factores independientes (Marsh, 1997).

El modelo multidimensional multifacético (Marsh y Hattie, 1996), donde hay una única faceta (el contenido de los dominios del autoconcepto), presenta múltiples niveles: los diferentes dominios del autoconcepto (el físico, el social o el académico).

El modelo multidimensional multifacético taxonómico, que se diferencia del anterior en que hay al menos dos facetas, y cada uno de ellas tiene como mínimo dos niveles (Marsh y Hattie, 1996).

El modelo compensatorio fue descrito por Winne y Marz (1981) y apoya la existencia de una faceta general del autoconcepto en la cual se integran las facetas más específicas inversamente relacionadas.

Entre la multitud de modelos multidimensionales que existen en esta concepción, destacamos la propuesta que señalan García y Musitu (2001) y Goñi (2009); el modelo multidimensional de factores jerárquicos que plantea que el autoconcepto está formado por múltiples dimensiones organizadas jerárquicamente, donde el autoconcepto general domina el ápice de la estructura. Es el modelo planteado por Shavelson et al. (1976), que aparece en la figura siguiente:

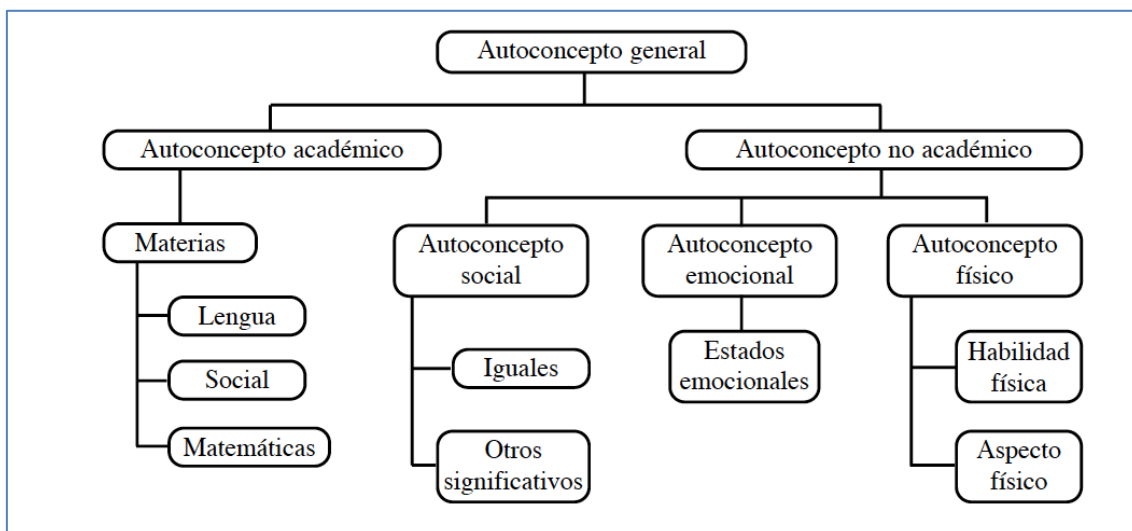


Figura II.1. Modelo de Shavelson et al. (1976)

Esta es la nueva concepción que marca la línea en la que la mayoría de los investigadores coinciden en los últimos años (Esnaola et al., 2008), ampliamente difundida entre nosotros (González y Touron, 1992; Elexpuru, Garma, Marroquín y Villa, 1992; Núñez y González-Pienda, 1994), donde el autoconcepto global vendría a ser el resultado de un conjunto de percepciones parciales del propio yo (multidimensionalidad), que se estructuran en una organización jerárquica de nuestra propia percepción del ser (Ekelan, Heian, Hagen, Abbott y Nordheim, 2008).

El autoconcepto general, como un constructo formado por diferentes dimensiones, que se compondría del autoconcepto académico y del no académico (Shavelson et al., 1976; Núñez y González-Pienda, 1994; García y Musitu, 2001). A su vez, el autoconcepto no académico se subdivide en el autoconcepto social, autoconcepto emocional o personal y autoconcepto físico (Hoogeveen, Van Hell y Verhoeven, 2009). A lo largo del tiempo esta teoría de pluridimensionalidad es la que ha tenido mayor apoyo empírico y es en la que basamos nuestro estudio. Siguiendo la estructura de este modelo, las personas tenemos una autoevaluación global de uno mismo, pero, al mismo tiempo, tenemos diferentes autoevaluaciones específicas; es decir, se puede afirmar que dicha naturaleza multidimensional del autoconcepto da pie a que la persona pueda lograr unos autoconceptos globales satisfactorios por vías bien distintas (Castro, 2013).

Entre las premisas de esta nueva concepción que más interés suscita, no sólo en el campo teórico sino también psicotécnico, clínico y educativo, es que la modificabilidad del autoconcepto se incrementa en las dimensiones más específicas y concretas del mismo. Por tanto, es necesario conocer las diferentes dimensiones que conforman al autoconcepto y ser conscientes de la posibilidad de evolución de dicho autoconcepto puesto que no es innato, sino adquirido y es de carácter dinámico por lo que puede mejorar o debilitarse. No se puede hablar de la existencia de una autoimagen unificada y total, lo único que tenemos son imágenes parciales y momentáneas de nosotros mismos, por lo que el autoconcepto ha sido considerado como un constructo, ya que el yo es variado y fragmentado, por presentarse diferente en función de cada experiencia o momento (Estévez, 2012).

Es decir, la valoración que una persona hace de sí misma es algo que se aprende y, como todo lo aprendido, es susceptible de cambio y progreso, cuyas dimensiones

específicas, número e identidad siguen siendo objeto de discusión.

En la descripción de las dimensiones de las que está formado el autoconcepto, vamos a centrarnos en el estudio de García y Musitu (2001) y Esnaola et al. (2008), los cuales señalan que las dimensiones del autoconcepto son: personal (emocional), física, social, académica y familiar.

En cuanto a la **dimensión personal**, se refiere a la idea que cada persona tiene de sí misma en cuanto ser individual y de sus respuestas a situaciones cotidianas que conllevan algún tipo de compromiso o implicación personal (Esteve, 2005). El término autoconcepto personal ha sido elegido con preferencia a otras denominaciones (autoconcepto emocional, autoconcepto moral, etc.) por resultar más comprensivo que otras y por entender que incluye a todas ellas. Se subdivide, al menos, en cuatro dimensiones: autoconcepto afectivo-emocional (cómo una persona se ve a sí misma en cuanto a ajuste emocional o regulación de sus emociones), el autoconcepto ético-moral (hasta qué punto una persona se considera a sí misma honrada), el autoconcepto de la autonomía (la percepción de hasta qué punto decide cada cual sobre su vida en función de su propio criterio) y el autoconcepto de la autorrealización (cómo se ve una persona a sí misma con respecto al logro de sus objetivos de vida). Se refiere a la visión que tiene la persona de sí misma y cómo define los rasgos de su personalidad. Está muy relacionada con la autoestima social, pero se refiere a la autopercepción de las características de la personalidad. Autores como Paúl y Torres (2007) consideran que la persona tiene que aprender a observarse, ser consciente de las propias emociones y aprender a expresarlas.

Dentro de las dimensiones del autoconcepto, el personal ha suscitado menos atención en la investigación psicológica que el autoconcepto académico, el físico y el social. Una de las pocas referencias explícitas al autoconcepto personal se encuentra en el cuestionario TSCS de Fitts (1972).

En la **dimensión física** encontramos el autoconcepto de tipo físico, que autores como Revuelta y Esnaola (2011) lo definen como una “*representación mental, compleja y multidimensional que poseen las personas de su realidad corporal, incluyendo elementos perceptivos y cognitivos (rasgos físicos, tamaño y formas del cuerpo)*,”

afectivos y emocionales (grado de satisfacción o insatisfacción), evaluativos (autovaloración), sociales (experiencias de aceptación y rechazo) y otras representaciones relacionadas con lo corporal (salud, atractivo físico, apariencia y peso)". En esta línea encontramos la definición de Esteve (2005): "*representación mental que se elabora al integrar la experiencia corporal y los sentimientos y emociones que esta produce*". Esta representación mental es multidimensional y jerárquica y está conformada por dos grandes subdominios o áreas que son la apariencia física y la habilidad física, a su vez divididas en subáreas de modo que según descendemos en su organización jerárquica vamos descubriendo autopercepciones progresivamente más específicas (Fox, 1988; García y Musitu, 2001; Esteve, 2005; Fernández, Contreras, González y Abellán, 2011).

Ahora bien la naturaleza multidimensional del autoconcepto físico en cuanto al número e identidad de los subdominios que lo componen sigue siendo un tema abierto a discusión, a la vez que un asunto decisivo en la construcción de cuestionarios, cuyas subescalas se redactan obviamente en función de las dimensiones que pretendan medirse. Bracken (1992) propuso diferenciar los ámbitos de competencia física, apariencia física, forma física y salud. El propio grupo de investigación de Marsh, por su parte, basándose en distintos análisis factoriales de las puntuaciones ofrecidas en test de rendimiento físico, construye una nueva versión del SDQ, un cuestionario específico del autoconcepto físico, el PSDQ (Physical Self Description Questionnaire), con nueve subescalas: fuerza, obesidad, actividad física, resistencia, competencia (habilidad) deportiva, coordinación, salud, apariencia y flexibilidad (Marsh, Richards, Johnson, Roche y Tremayne, 1994; Tomás, 1998).

El modelo de Fox (1988), se presenta como uno de los modelos más aceptados en la comunidad científica. Contempla cuatro dimensiones: habilidad física, condición física, atractivo físico y fuerza (Figura II.2). Este marco teórico sirve de referente para la construcción del PSPP (Physical Self-Perception Profile), definido por Marsh (1997) como "*el instrumento de medida del autoconcepto físico de mayor relevancia en los últimos años*".

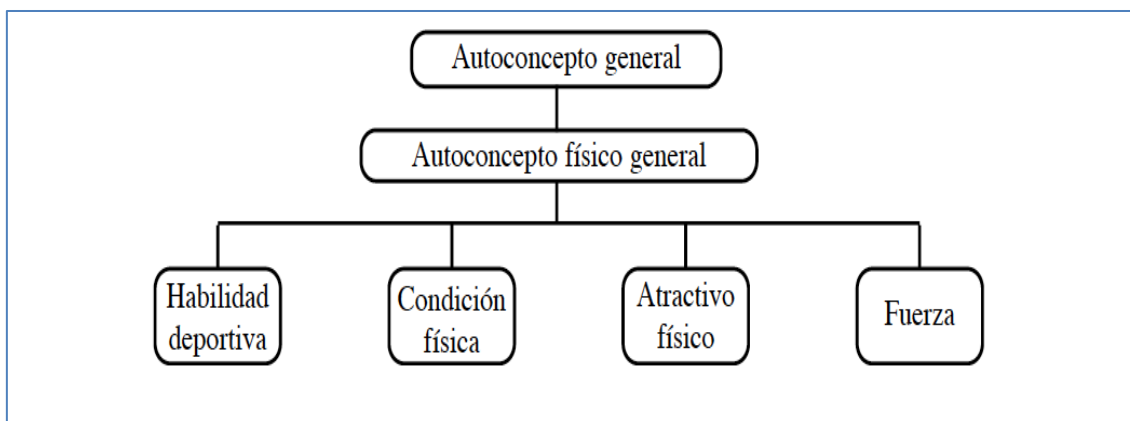


Figura II.2. Organización jerárquica del autoconcepto físico (Fox y Corbin, 1989).

Entre las dimensiones que componen del autoconcepto, la de tipo físico es la que tiene una correlación más alta con el autoconcepto global y el académico lo que indica la relevancia que la imagen física tiene en la construcción de la identidad (Padilla, García y Suarez, 2010). La potenciación de las autopercepciones más específicas cuya incrementa el autoconcepto físico, el cual, a su vez, aumenta el autoconcepto general (García y Musitu, 2001; Esteve, 2005).

Según Goñi e Infante (2010), la satisfacción con la vida y el autoconcepto físico son realidades estrechamente vinculadas. Sus conclusiones permiten identificar relaciones positivas de la actividad físico-deportiva con la autopercepción física y con la satisfacción con la vida en el siguiente sentido: a mayor práctica de actividad físico-deportiva, mejor autoconcepto y mejores niveles de satisfacción con la vida.

Por su parte Goñi, Rodríguez y Ruiz de Azúa (2004) entre otros señalan que la actividad física y la práctica deportiva guardan relación directa con el autoconcepto y dicha relación es bidireccional, pero esta afirmación debe ser matizada pues se han encontrado asociaciones entre la insatisfacción corporal y el ejercicio excesivo. De hecho, Fox y Corbin (1989) y Marsh (1997) desvelan que la práctica deportiva no suele tener excesivos beneficios en la percepción del atractivo físico y la satisfacción corporal.

No hay acuerdo a la hora de valorar los niveles del autoconcepto físico, entre otros motivos porque dichos niveles están muy condicionados por la práctica de alguna actividad físico-deportiva (Esnaola, 2005; Ruiz de Azúa, Rodríguez y Goñi, 2005), dado que los jóvenes activos muestran percepciones más positivas que los sedentarios en la

percepción de sus facultades deportivas y la satisfacción con su aspecto físico; por el tipo de instrumento que se utiliza para evaluar (Esnaola et al., 2008) y por la evolución en el desarrollo de cada adolescente.

Esnaola (2005) menciona que la práctica de alguna actividad deportiva tiene efectos beneficiosos en el autoconcepto físico, de tal manera que aquellos que no practican ningún tipo de deporte presentan niveles inferiores en dicha dimensión que los que realizan ejercicio físico. De igual modo, Candel, Olmedilla y Blas (2008), indican que las chicas que practican algún tipo de actividad física presentan mayor autoconcepto en todas las dimensiones, excepto en la emocional. A su vez, aquellas que practican actividades físicas con mayor frecuencia presentan unos niveles inferiores en ansiedad y depresión.

Asimismo, los chicos adolescentes que tienen un desarrollo puberal más rápido se sienten más satisfechos con su apariencia física. Este sentimiento de atractivo físico les favorece con las relaciones del sexo opuesto y en sus primeras relaciones sexuales. Sin embargo, las chicas con un desarrollo físico más temprano tienden a tener una imagen menos favorable de su físico, predisponiéndolas a una peor interacción social.

La **dimensión social** del autoconcepto es la opinión que las personas creen que los otros tienen sobre ellas, la popularidad entre los demás, etc., que incluye el sentimiento de pertenencia a un grupo social, la consideración que una persona tiene sobre su habilidad para relacionarse con los otros y para resolver problemas (Esteve, 2005). Teóricos como James (1890) y Cooley (1922) definen el autoconcepto social como la *“autopercepción de cuánto son admiradas unas personas por otras coincidiendo el autoconcepto social con la autopercepción de la aceptación social”*.

Otros autores, en cambio, lo definen como la autopercepción de las habilidades o competencias sociales. En la práctica, estas dos definiciones puede que se solapen puesto que las personas que se sienten aceptadas posiblemente se perciban también como socialmente hábiles. En todo caso, siguiendo a Berndt y Burgy (1996), la diferencia entre ambas definiciones radica en el hecho de que la autoevaluación de las habilidades sociales no implica necesariamente la comparación con los otros, mientras que la autopercepción de la aceptación social sí (Esnaola et al., 2008). Por lo tanto,

entendemos por autoconcepto social la idea que cada persona tiene de sí misma en cuanto ser social, que vive en sociedad con otros, que supondría la suma de las dos dimensiones anteriores.

En cuanto a los trabajos que han estudiado las dimensiones del autoconcepto social, estos parten de concepciones y definiciones dispares que responden al criterio por contextos y criterio por competencias, este último cuantificado y medido en la propuesta de Cuestionario de Autoconcepto Social (AUSO) (Fernández y Goñi, 2006; Goñi y Fernández, 2007) donde se diferencian la responsabilidad social y la competencia social, integrada, esta última, por aspectos tanto de competencia o habilidad social como de aceptación social, coincidiendo con anteriores investigaciones (Bracken, 1992).

Este cuestionario hace referencia a la percepción de cada persona en su contribución al funcionamiento social: contribución al bien común, compromiso con la mejora de la humanidad, etc. y de competencia social, entendida como la autopercepción de las capacidades que cada persona posee para desenvolverse en situaciones sociales y a cómo percibe la reacción de los demás hacia ella, con dos ítems destinados a controlar el azar en las respuestas (Goñi y Fernández, 2007). Por consiguiente, las habilidades o competencias sociales son clave para el desarrollo personal de los individuos y su interacción en un contexto interpersonal, fundamentales para nuestra vida, ya que su carencia o mala ejecución influye negativamente en la autoestima, predispone al comportamiento agresivo y puede acarrear trastornos como estrés, ansiedad, depresión o fobia social (Gómez, Pomar, Fernández y Rey, 2011).

La **dimensión académica** está basada en cómo percibe el sujeto el ámbito escolar, si cree que va a ser capaz de cumplir con las exigencias del centro en el que estudia, si tiene constancia, capacidad de superar los fracasos y/o de tener iniciativa. La variable que mayor peso tiene en el rendimiento académico es la dimensión académica del autoconcepto (Páez, Gutiérrez-Martínez, Fachinnelli y Hernández, 2007; Carmona, Sánchez y Bakieva, 2011; Santos y Santos, 2013; Aguilar, Navarro, Rodríguez y Trillo, 2013).

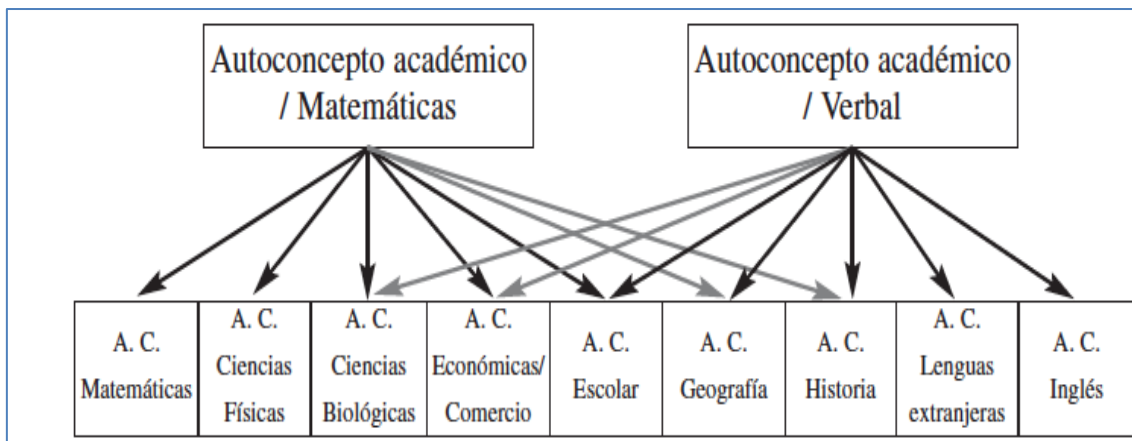


Figura II.3. Modelo del autoconcepto académico de Marsh (1990)

El autoconcepto académico es un componente más del autoconcepto general de la persona, constituyendo una fuente de motivación que influye directa y significativamente sobre los logros y las expectativas escolares del alumnado.

En general, los niños con buen rendimiento escolar tienen un adecuado autoconcepto, tienden a confiar en sus capacidades y a sentirse autoeficaces y valiosos (González-Pienda, Núñez, González y García, 1997; García y Doménech, 2002)

Garaigordobil et al. (2005) señalaron que los programas de intervención que fomentan el autoconcepto y la autoestima pueden prevenir el desarrollo de problemas psicopatológicos asociados a la depresión y a la sensibilidad interpersonal, así como incidir positivamente sobre el rendimiento académico de los adolescentes y los jóvenes. Gutiérrez, Camacho, Martínez y Martínez (2007) reafirman dicha idea, explicando que un autoconcepto bajo y la disfuncionalidad familiar son factores de riesgo para un rendimiento escolar inferior.

Otros trabajos han demostrado que los adolescentes con alto autoconcepto académico muestran un mayor logro escolar, mayor rendimiento académico y, consecuentemente, un promedio de notas más alto. Podría considerarse el autoconcepto académico como un factor predictor del éxito o fracaso escolar (Inglés, Martínez-González, García-Fernández, Torregrosa y Ruiz- Esteban, 2012).

Del mismo modo, Agapito, Calderón, Cobo y Rodríguez (2013), argumentan que el autoconcepto se relaciona de forma directamente proporcional con el resultado

académico. Sin embargo, Orgilés, Johnson, Huedo-Medina y Espada (2012) han detectado factores influyentes en el autoconcepto académico y que, a priori, no parecen estar relacionados. Tal es el caso de adolescentes con padres divorciados que presentan inferior autoconcepto académico y se perciben menos competentes a nivel escolar.

Asimismo, la selección y utilización de destrezas de aprendizaje está condicionada por el nivel de autoconcepto que presenta el alumno, siendo de carácter recíproco la relación existente entre autoconcepto y las estrategias de aprendizaje (Núñez et al. 1998).

Igualmente es necesario considerar la asociación entre expectativas académicas, autoconcepto y talento académico; dichos elementos conforman un círculo que permite a los alumnos obtener buenos resultados escolares tanto en lenguaje como en matemáticas (Costa y Taberner, 2012; González et al., 2012); siendo conscientes de la existencia de diferencias significativas entre el autoconcepto y el rendimiento académico entre ambos sexos (Padilla et al., 2010).

Otra variable que influye en el rendimiento académico, y por tanto en la dimensión académica del autoconcepto y en la dimensión física, es la práctica de algún tipo de deporte. Aquellos adolescentes deportistas presentan un rendimiento académico significativamente superior que quienes dedican su tiempo de ocio a actividades sedentarias (Capdevila, 2013).

La dimensión académica es uno de los factores relacionados con el autoconcepto y a su vez se considera una variable fundamental en el rendimiento escolar, de modo que el fracaso escolar aumenta la baja percepción que cada uno tiene de sí mismo, engrosando el número de frustraciones del sujeto (García, 2003).

Varios autores como González-Pienda et al. (2003) afirman que, la relación existente entre autoconcepto y rendimiento, mientras que otros no aseguran de forma tan contundente dicha relación, debido a la gran cantidad de variables que influyen en el rendimiento académico, como por ejemplo los conocimientos previos del alumno o el nivel socioeconómico de los padres (Extremera, Fernández- Berrocal y Salovey, 2004; Llibre, García y Prieto, 2012; Aguilar et al., 2013).

El **autoconcepto familiar** está relacionado con la percepción que tiene el sujeto acerca de su implicación, participación e integración en su familia. Según Esteve (2005) el autoconcepto familiar correlaciona positivamente con el rendimiento y la integración escolar/laboral, con el ajuste psicosocial, con el sentimiento de bienestar, con los valores universales. Por otra parte, correlaciona negativamente con la sintomatología depresiva y la ansiedad.

Los estudios llevados a cabo por Oliva, León y Rivera (2007) evaluaron el nivel de autovaloración en los adolescentes que cursaban secundaria o bachillerato, cuya condición era la de ser hijos de padres emigrantes. Los resultados mostraron que la tercera parte de los jóvenes manifestaron unos resultados bajos en dos de las cuatro áreas valoradas, concluyendo que la autopercepción es multicausal. No es posible afirmar que una autovaloración baja, haya sido consecuencia de la emigración del padre, sin embargo, los sentimientos que se generan por la ausencia del progenitor pueden contribuir a su merma.

Otros autores (Parra y Oliva, 2002) afirman la influencia que las relaciones establecidas en el seno familiar ejercen en el autoconcepto de las personas. Igualmente García et al. (2013) atribuyen a la familia un papel muy importante para el aprendizaje de la regulación emocional pues es el sistema primario de vínculos y apegos.

En cuanto a los estilos disciplinarios de las familias, Lambon, Mounts, Steinberg y Dombush (1991) han destacado que los hijos de padres democráticos presentan niveles significativamente más altos en la propia estima que aquellos que provienen de hogares autoritarios o indiferentes. En la misma línea, Esteve (2005) afirma que el autoconcepto familiar correlaciona positivamente con estilos parentales de afecto, comprensión y apoyo, y negativamente con indiferencia y negligencia.

Asimismo, Estévez, Martínez y Musitu (2006), indican que los adolescentes implicados en conductas agresivas tienen un autoconcepto familiar y académico más bajo que los adolescentes no implicados en este tipo de conductas.

II.2.5. AUTOCONCEPTO FÍSICO

Esta área del autoconcepto ha experimentado un fuerte auge, en cuanto a investigaciones se refiere, en los últimos años (Soriano, Navas y Holgado, 2014; Fuentes, 2014; Sánchez-Alcaráz y Mármol, 2014; Reigal, Becerra, Hernández y Martín, 2014)

Esta dimensión del autoconcepto, está presente en la mayoría de los modelos teóricos desde que se admitiera la multidimensionalidad y jerarquía del autoconcepto. Para abordar el estudio de esta vertiente física, es necesario aceptar las conjeturas teóricas del modelo general del autoconcepto (Fox y Corbin, 1989), anteriormente explicadas. Aunque bien es cierto que, en la actualidad, numerosas investigaciones se centran en definir la estructura interna del autoconcepto físico con objeto de establecer los componentes que constituyen el mismo.

Son variadas las propuestas sobre el número de dimensiones que constituyen el autoconcepto físico, por lo que la definición cambiará según el modelo teórico a seguir.

A continuación se exponen algunas definiciones de diversos autores:

- **Sonstroem (1984):** *“Las características físicas que se refieren al cuadro evaluativo que el individuo tiene sobre su peso, estatura, constitución del cuerpo, atractivo, fuerza y un largo etcétera”.*
- **Strein (1996):** *“Percepción que tienen los sujetos sobre sus habilidades físicas y apariencia física”.*
- **Marchago (2002):** *“Representación mental multidimensional que las personas tienen de su realidad corporal, incluyendo elementos perceptivos, cognitivos, afectivos, emocionales y otros aspectos relacionados con lo corporal”.*
- **Esnaola (2005):** *“La concepción que se posee acerca de los rasgos corporales y/o apariencia física de uno mismo, de la condición (forma física), la fuerza y las habilidades físico-deportivas”.*
- **Esnaola et al. (2011):** *“Conjunto de percepciones que tienen los individuos de sus habilidades y apariencia física”.*

Según el autor, las dimensiones varían en número. En un principio, los cuestionarios se elaboraron desde una perspectiva unidimensional, recogiendo ítems que hacen referencia a habilidades físicas y a aspectos de apariencia física (Marsh y Shavelson, 1985). Sin embargo, una vez que se acepta el carácter multidimensional del autoconcepto, nace la necesidad de construir modelos multidimensionales determinados para explicar cada una de sus dimensiones, siendo un tema que aún se sigue debatiendo y estudiando, sin existir un número de dimensiones exacto en el autoconcepto físico; aunque bien es cierto que dos dimensiones (habilidad física y apariencia física) están presentes en la gran mayoría de propuestas formuladas (Fox, 1988).

Por ejemplo, Bracken (1992) distingue entre competencia física, apariencia física, forma física y salud. Franzoi y Shields (1984), diferenció entre habilidad física, apariencia física y conductas de control de peso y Richards (1988) integra seis dimensiones: constitución corporal, apariencia física, salud, competencia física, fuerza y orientación hacia la acción. Entre los modelos más extendidos, destaca el aportado por Tomás (1988) y Marsh et al. (1994), el cual consta de nueve dimensiones: coordinación, salud, flexibilidad, resistencia, fuerza, actividad física, grasa corporal, apariencia física y competencia deportiva. El motivo de por qué a su fama, quizás se debe a que sustenta uno de los test más difundidos a nivel mundial (Physical Self description Questionare (P-SDQ)).

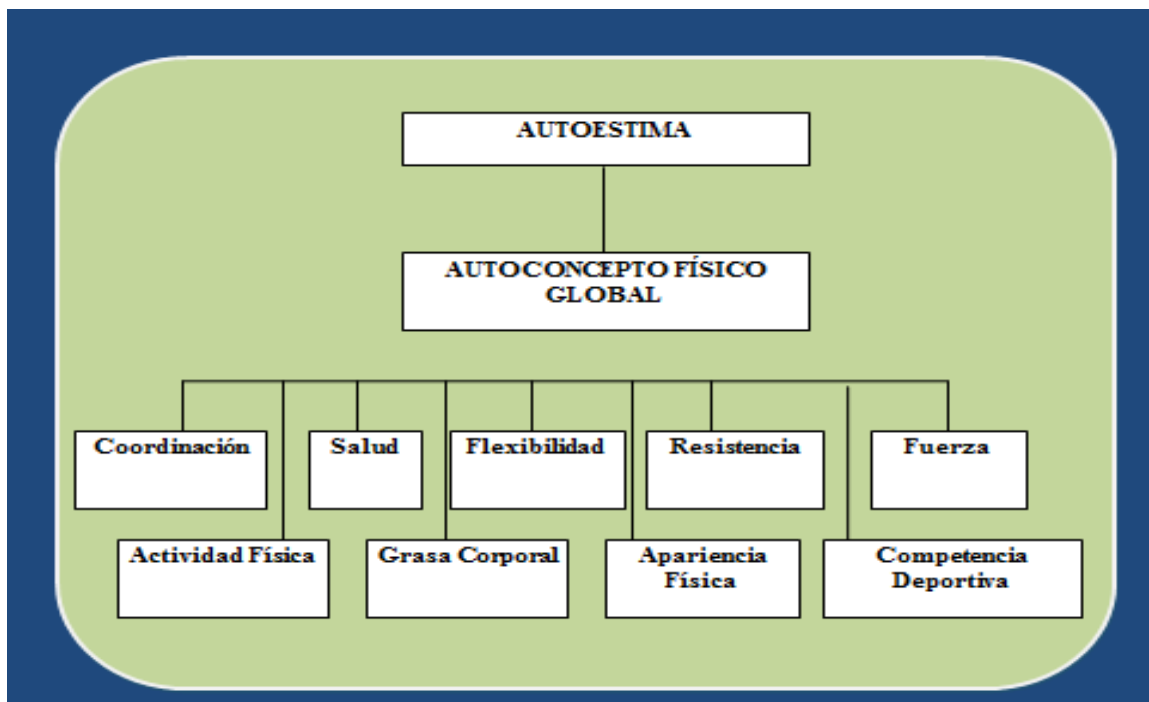


Figura II.4. Modelo de autoconcepto físico medido con el P-SDQ de Marsh et al. (1994).

Según Marsh (1997), el modelo tetradimensional más destacado es el aportado por Fox y Corbin (1989), debido a que ha suscitado gran cantidad de comprobaciones empíricas y calidad de sus instrumentos (Esnaola, 2005; Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez, 2006).

Otro modelo importante es el aportado por Fox (Figura II.5), el cual distingue las siguientes dimensiones:

- Competencia atlética y deportiva: percepción de sí mismo sobre la habilidad física y atlética, capacidad para aprender destrezas deportivas y seguridad mostrada para manejarse en contextos deportivos.
- Condición física: forma física, fuerza, resistencia y capacidad para ser constante en la práctica física.
- Atractivo físico: autopercepción física y competencia para mantener un tipo corporal atlético y atractivo.
- Fuerza: confianza para hacer frente a situaciones que requieren del uso de esta habilidad física.

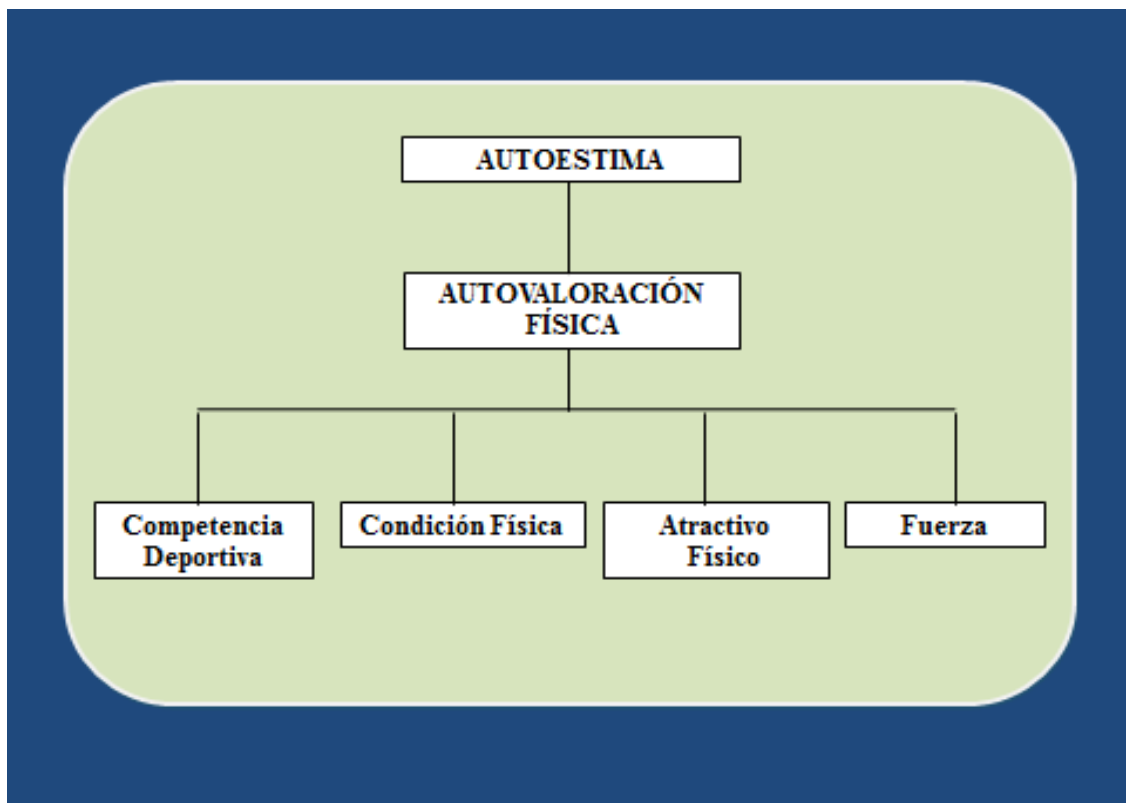


Figura II.5. Modelo del autoconcepto físico de Fox y Corbin (1989).

Sin embargo, no es posible confirmar que el modelo de Fox sea fiable en población adulta. Sonstroem, Speliotis y Fava (1992), tras el empleo del cuestionario tetradimensional Physical Self-Perception Profile (Fox y Corbin, 1989), llegan a la conclusión de que únicamente se miden constructos independientes en las escalas de fuerza, competencia deportiva y condición física en el sexo femenino y las de competencia deportiva y condición física en el sexo masculino. En cuanto a las escalas de autoconcepto físico general y atractivo, en ambos sexos, podrían formar una escala única y superpuesta.

De forma paralela, se ha propuesto otro modelo de carácter tetradimensional del autoconcepto físico (Esnaola, 2005; Goñi et al., 2006) basados en el modelo de Fox. La traducción del modelo de Fox y Corbin (1989) al castellano y al euskera, desembocó en la obtención de índices bajos de fiabilidad y solución factorial inadecuada, ya que diversos ítems saturaban en diferentes factores de los previstos teóricamente. Este hecho condujo a elaborar un modelo tetradimensional distinto, teniendo en cuenta dos premisas:

- Respetar su estructura básica compuesta por cuatro dimensiones.
- Volver a aclarar el significado de la dimensión “competencia atlética y “deportiva”.

Una vez hecho esto, el nuevo modelo queda conformado de la siguiente manera:

- **Habilidad física** (competencia atlética y deportiva en el modelo de Fox): percepción de las cualidades (“*soy bueno*” y “*tengo cualidades*”), habilidades (“*me veo hábil*” y “*me veo desenvuelto*”) en la práctica deportiva, capacidad de aprender deportes, seguridad personal y predisposición deportiva.
- **Condición física**: condición y forma física; resistencia y energía física; confianza en el estado físico.
- **Atractivo físico**: autopercepción de la apariencia física, seguridad y satisfacción por la propia imagen.

- **Fuerza:** verse y sentirse fuerte, con capacidad para levantar peso, mostrando seguridad en el desarrollo de ejercicios que requieren fuerza y predisposición a llevar a cabo tales ejercicios.

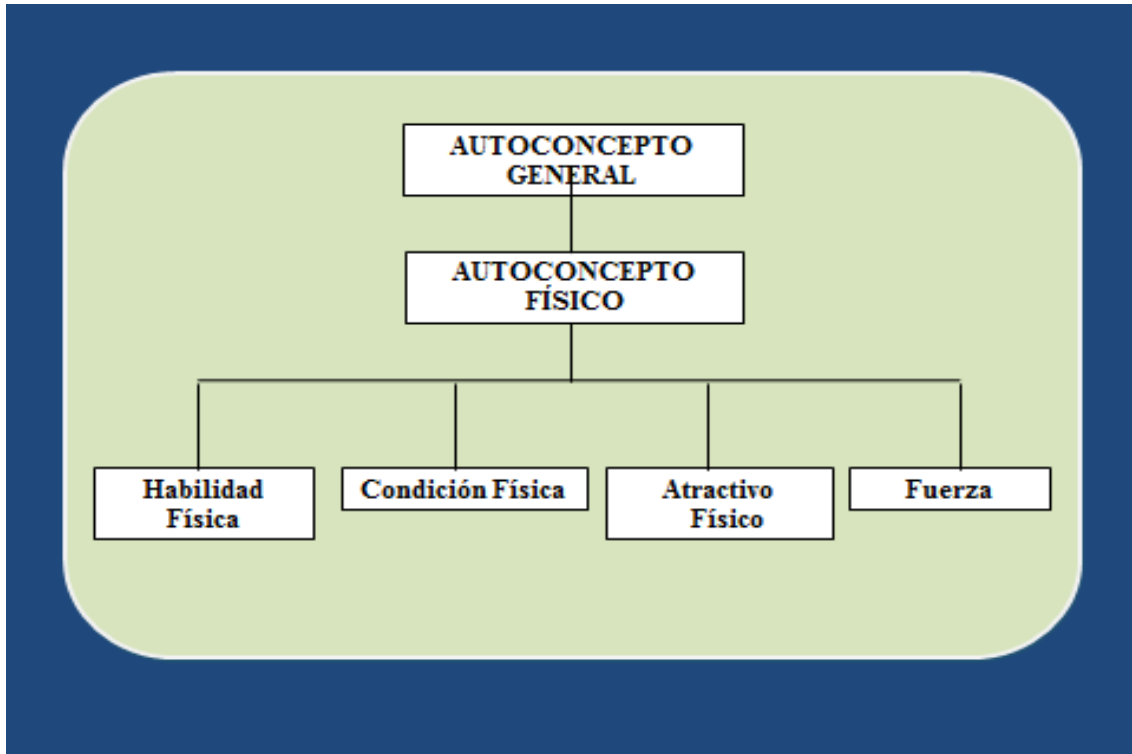


Figura II.6. Modelo de autoconcepto físico de Esnaola (2005) y Goñi et al. (2006).

Por otra parte, la variabilidad del autoconcepto está vinculada a diversos factores, destacando la edad y el sexo. Gran cantidad de estudios concluyen que las mujeres, en etapa adolescente y juventud, poseen valores menos elevados que los hombres (Balaguer y Pastor, 2001; Esnaola, 2005; Hellín, 2007; Ruiz de Azúa, 2007; Fuentes, 2014). Son muy puntuales los estudios en los que se han encontrado resultados a la inversa, como en uno realizado en Turquía con estudiantes universitarios (Asçi, 2002), ofreciendo las mujeres puntuaciones más altas que los hombres en la dimensión de “*atractivo físico*”. Ello denota que no pueden establecerse generalizaciones a todas las culturas, ya que cada una muestra unas características particulares.

Otro dato que merece ser destacado, es el descenso de los índices de autoconcepto desde la preadolescencia. Según Marsh (1994) y Goñi et al. (2004), los individuos de entre doce y catorce años presentan valores más elevados, en las dimensiones de habilidad

física y condición física, que los sujetos de mayor edad. Por el contrario, las diferencias en las escalas de atractivo y fuerza no tienen carácter significativo (Goñi et al., 2004).

Es complicado establecer unas pautas generales en cuanto al autoconcepto en la etapa comprendida entre la adolescencia y juventud. No obstante, muchos estudios son coincidentes en ciertos resultados tales como la existencia de una recuperación del autoconcepto en la adolescencia tardía, un descenso en las escalas de habilidad física y condición física conforme se avanza en edad y un moderado declive del autoconcepto físico hasta los veinticuatro años (Marsh, 1989; Goñi et al., 2004).

Por otra parte, el estudio llevado a cabo por Asçi (2002) con estudiantes universitarios turcos no aporta diferencias significativas entre grupos de edad, lo cual nos induce a pensar que la evolución del autoconcepto físico es poco apreciable cuando se habla de edades poco diferenciadas.

También, son variados los estudios que afirman la existencia de una relación significativa entre el autoconcepto físico, hábitos de vida saludables (actividad física, alimentación, descanso, etc.) y el bienestar y malestar psicológico (Dieppa, Guillén, Machargo y Luján, 2008; Rodríguez, 2008; Fuentes, 2014; Sánchez-Alcaraz y Gómez, 2014; Soriano et al., 2014).

En relación al punto anterior, también se ha comprobado que cuando existe un autoconcepto físico elevado, el bienestar psicológico es mayor (Goñi et al., 2004; Rodríguez, 2008). Del mismo modo, las percepciones que el sujeto posee de sí mismo en la dimensión física, influye en la ansiedad-estado, ansiedad-rasgo y síntomas depresivos (Von Essen, Enskar, Kreuger, Larsson y Sjoden, 2000). Es por ello por lo que un bajo autoconcepto físico genera malestar psicológico.

II.2.6. AUTOCONCEPTO FAMILIAR

Como se ya ha visto en apartados anteriores, el autoconcepto es el concepto o imagen que una persona tiene sobre sí misma, como un ser físico, social y espiritual (García y Musitu, 2009), de tal forma que conlleva la gran mayoría de los pensamientos y

sentimientos que una persona construye sobre sí mismo a lo largo de su experiencia en la vida, procedente de su actividad reflexiva. Además de los factores individuales y sociales, la familia juega un papel fundamental en la formación del autoconcepto. A partir de estos factores, el individuo interpretará las reacciones y respuestas que el prójimo expresa en las interacciones diarias, integrándolas a sus autopercepciones (García-Caneiro, 2003).

De este modo, la naturaleza reflexiva, evaluativa y procedimientos de actuación que influyen en la formación del autoconcepto, se crean en el contexto de las interacciones sociales que el ser humano lleva a cabo, fundamentalmente con las personas más importantes a lo largo de su vida, donde destaca la familia (Pinilla, Montoya y Dussán, 2012). Algunos autores entienden la familia como instrumento encargado de potenciar el autoconcepto, mediante el uso de diversas estrategias de socialización y procesos de comunicación empleado por sus integrantes, así como el clima familiar generado en el grupo familiar (Noller y Callan, 1991; García y Musitu, 2009).

Por otra parte, Minuchin y Fishman (1984) y Barrios (2005) razonan que la familia se instituye como ámbito de interacción y unidad reguladora de los comportamientos de todos sus componentes en lo referente a la creación de sistemas de control, actuaciones toleradas y prohibidas, además del tipo de relación establecida por los miembros de la misma.

Así, la retroalimentación recibida por el individuo por parte del grupo familiar, en las diversas etapas del ciclo vital, incide en gran medida en la creación de su autoconcepto (Povedano, Hendry, Ramos y Varela, 2011). Según Núñez y González-Pienda (1994), el ambiente familiar generado por el padre y la madre de una persona, influye de forma directa en la formación de un autoconcepto positivo de la misma.

En etapas posteriores, adolescencia y juventud, otros grupos sociales, tales como pandilla, equipos deportivos, teatrales, etc., ejercerán una elevada influencia sobre el concepto que la persona tiene de sí misma, siendo decisiva su intervención para apoyar o suprimir su patrón de conducta (García-Caneiro, 2003; Londoño, 2010; Ruiz-Juan, y Ruiz-Ruisueño, 2011).

En este sentido, el autoconcepto familiar hace alusión al conjunto de sentimientos y pensamientos que el individuo posee en base a su forma de relacionarse, participación y fusión con el medio y comunidad familiar. Según García y Musitu (2009), esta dimensión se estructura y hace manifiesta desde la confianza y el afecto en las relaciones establecidas en la familia, exhibidas en la aceptación, felicidad y soporte que cada individuo encuentra en la familia, o por el contrario, en la frustración, crítica y no aprobación por parte de la misma.

Otras investigaciones relacionadas con el autoconcepto familiar, aclaran en primer lugar el término de *soporte social*, ya que consideran la familia como el primer grupo en el que una persona se sustenta socialmente (Nunes, Marcela, Ferrari y Marín, 2012). Este término es discutido por gran cantidad de autores, debido a su importancia frente a aspectos relacionados con el bienestar y calidad de vida, imprescindibles para mantener una salud física y mental adecuada. De acuerdo con Cobb (1976), este concepto se encuentra vinculado con informaciones que hacen que una persona se considere amada, estimada, valorada e integrada en una red social de comunicación.

Sarason, Levine, Basham y Sarason (1983), definen el soporte social como *“la existencia o disponibilidad de personas en quienes se puede confiar, personas que se muestran preocupadas con el individuo, que lo valoran y le demuestran aprecio”*. Según Rodríguez y Cohen (1998) y Seeman (1998), existen diversos tipos de apoyo en los cuales una persona puede ampararse en la sociedad, siendo los más destacados los siguientes:

- **Soporte emocional:** muestras de cariño, atención e inquietud.
- **Soporte instrumental:** ayudas funcionales a terceras personas.
- **Soporte informacional:** principios indispensables que posibilitará que el individuo pueda encaminar sus acciones en la resolución de problemas y toma de decisiones.

Bajo la opinión de Gracia y Herrero (2004), el soporte social es una variable que correlaciona positivamente con el bienestar psicológico en la mayoría de ocasiones, independientemente de la frecuencia e intensidad aplicada. En este campo se han llevado a cabo estudios que investigan la relación entre el soporte social y el bienestar

del individuo, como puede ser el grado de estrés (Almeida y Sampaio, 2007; Matsukura, Marturano, Oishi y Borasche, 2007) y la promoción de la salud (Hill y Donatelle, 2005).

Magagnin (1998) y Musitu y Pons (2010), señalan que la familia debe potenciar la calidad de sus relaciones, ya que los componentes de la misma son los que mayor influencia ejercerán entre sí. Así, los padres que fomentan afecto, tranquilidad y confianza en las relaciones con sus descendientes, facilitarán la integración de éstos en el medio social con mayor facilidad.

Para algunos investigadores, la familia es considerada como un espacio de socialización primaria, fidelidad y protección social (Poletto y Koller, 2002; Baptista, 2004).

Durante las últimas décadas, el concepto de familia ha sufrido grandes modificaciones, las cuales han ido acompañadas por cambios en el sector político, económico, cultural y tecnológico. En un estudio llevado a cabo en Brasil, se observa como después de la incorporación de la mujer al trabajo, mayoritariamente hablando, se producen cambios en la comunidad familiar, sobre todo en relaciones de poder y en la toma de decisiones familiares (Carvalho y Almeida, 2003). Sprovieri y Assumpção (2001) afirman que en la familia se dividen los sentimientos y emociones, lo cual es un indicio importante en lo que se refiere al soporte.

En lo concerniente a la medida del soporte familiar, existen diferentes opiniones, a este respecto Baptista y Oliveira (2004) indican que puede ser medido a través de acciones de interés, afecto, diálogo, libertad e independencia entre los componentes de la familia. Para Janssens, Bruyn, Manders y Scholte (2005) debe considerarse aspectos como cordialidad, hostilidad, independencia y límites ambientales.

Independientemente de las variables a medir según los diferentes autores, parece claro que dicho término posee un carácter multidimensional y vinculado a la salud mental del ser humano (Castro, Campero y Hernández, 1997), además de desarrollar en el individuo la personalidad, rasgos conductuales, valores y creencias que le servirán de ayuda en futuras relaciones sociales (Clark y Dunbar, 2003; Nunes et al., 2012).

No obstante, es importante destacar que, además de la familia, el ambiente influye en la configuración de la personalidad y rasgos conductuales. Arpini y Quintana (2003) hacen referencia a ello diciendo que la constitución del individuo desde un punto de vista psicológico, integrando la percepción de sí mismo, es el resultado de diferentes interacciones biológicas, sociales, psíquicas, así como las relaciones familiares y de los soportes existentes en el contexto en el que el individuo se halla. Teixeira y Giacomoni (2002) opinan que la clase social, el barrio donde se vive, la comunidad y fundamentalmente las relaciones que se establecen en el ámbito familiar, inciden en el proceso de formación del autoconcepto.

Atendiendo a los criterios que conforman el autoconcepto (evaluativo, cognitivo y conductual) propuestos por Tamayo (1981), la creación del mismo depende de aspectos sociales, lo que permite asimilar que los constructos “*soporte familiar*” y “*soporte social*” están relacionados con el autoconcepto, habiéndose constatado que los individuos que tienen percepciones sociales y familiares positivas, tienden a ofrecer un autoconcepto positivo y viceversa.

A modo de conclusión, tras la revisión bibliográfica llevada a cabo, podemos afirmar que en la configuración del autoconcepto de una persona influye el trato y las relaciones familiares establecidas, por lo que se hace imprescindible cuidar todos los aspectos que ayudarán a constituir positivamente la percepción que un individuo crea de sí mismo.

II.2.7. AUTOCONCEPTO EMOCIONAL.

El siglo XXI es considerado, en el campo de la Psicología como el siglo de las emociones. Uno de los elementos a destacar es que los aspectos emocionales ejercen una gran influencia sobre el bienestar del individuo y su adaptación individual y social. Se puede afirmar pues, que se está subsanando el error que se ha cometido durante décadas al dejar en un segundo plano el campo de las emociones y afectos con respecto a la cognición y la conducta (Jiménez y López-Zafra, 2008).

Un claro ejemplo de ello, es el gran desarrollo que se ha producido en los últimos decenios en el ámbito de la Inteligencia Emocional, IE a partir de ahora, desde que Mayer y Salovey (1997) emplearan dicho término por primera vez en la década de los

noventa y Goleman (1996 y 2008) lo extendiera de forma universal en su best seller pocos años después (Fernández-Berrocal y Pacheco, 2006). Desde entonces, el constructo IE, referido a la interacción entre emoción y cognición, ha suscitado un gran interés en el ámbito psicológico, creando gran cantidad de investigaciones las cuales han trascendido del ámbito meramente científico y académico.

No obstante, el ámbito educativo ha sido uno de los más abordados en este sentido, ya que es evidente que el bienestar en la edad adulta y éxito general está claramente marcado por el empleo de estas habilidades emocionales desde la niñez, de manera que pueda hacerse frente a cambios vitales con objeto de reducir el riesgo de sufrir problemas de salud mental (Humphrey, Curran, Morris, Farrel y Woods, 2007).

Es incuestionable la relación existente entre IE y autoconcepto, ya que las cinco dimensiones del mismo se correlacionan positivamente con los indicadores que valoran el ajuste psicosocial y negativamente con los que miden desajuste (Fuentes, García, Gracia y Lila, 2011). La mayoría de estudios llevados a cabo en los Estados Unidos con personas que cursaban estudios en la universidad, pusieron de manifiesto que aquellos individuos que obtenían puntuaciones más elevadas en inteligencia emocional percibida, presentaban menos síntomas físicos, ansiedad social y depresión, además de una mejor autoestima y satisfacción interpersonal y mejores estrategias de resolución de problemas (Salovey, Stroud, Woolery y Epel, 2002).

En España, Fernández-Berrocal, Alcalde y Ramos (1999), detectaron que los adolescentes se estructuraban en función de sus síntomas depresivos en lo referente a diversos campos de la IE. Así, cuando se consideran las estrategias cognitivas de regulación emocional y su vínculo con el brote de síntomas depresivos, se puede afirmar que el empleo de tales estrategias fueron determinantes en la aparición de conductas depresivas en ambos sexos. De hecho, hay evidencia empírica que corrobora que altas puntuaciones en sintomatología depresiva correlaciona con estrategias resolutivas de menor efectividad (Garnefski, Teerds, Kraaij, Legerstee y Van den Comer, 2004)

Los adolescentes que tienen un autoconcepto y autoestima elevados, poseen bajos niveles de síntomas psicopatológicos y problemas de conducta. En esta línea se han llevado a cabo diversos estudios, entre los que destaca el de Garaigordobil et al. (2005).

Fernández-Berrocal, Alcaire y Extremera (2006), señalan que la capacidad de restauración emocional de personas en etapa adolescentes, se relaciona de forma significativa con la autoestima. Tanto el juicio que hace el sujeto de sí mismo, como la capacidad de eliminar pensamientos negativos, son indicadores de ansiedad y depresión.

Los adolescentes con elevado autoconcepto-autoestima, poseen buena capacidad de adaptación social, exhibiendo bastantes conductas prosociales de ayuda y deferencia social (Garaigordobil et al., 2005; Rey, Extremera y Pena, 2011).

A continuación vamos a mostrar una tabla de los estudios llevados a cabo por Garaigordobil et al. (2005), donde se relaciona el autoconcepto con diferentes variables relacionadas con la IE.

Tabla II.3. Relación del autoconcepto con la IE. (Garaigordobil et al., 2005)

CONDUCTA ANTISOCIAL
Se han detectado correlaciones inversas de la conducta antisocial con autoconcepto positivo y autoconcepto-autoestima. Los pubescentes que muestran un elevado autoconcepto-autoestima, muestran pocas conductas antisociales (Calvo, González y Marorell, 2001).
Los adolescentes con baja autoestima, muestran conductas desafiantes y provocativas hacia el prójimo (Rigby y Slee, 1993; O'Moore y Kirkham, 2001), así como un mayor número de acciones delictivas (Weist, Paskewitz, Jackson y Jones, 1998).
En lo referente al comportamiento agresivo, Marsh, Parada, Yeung y Healey (2001), investigan las particularidades de personas agresivas (inmersos en reyertas habitualmente), llegando a la conclusión de que el autoestima de estos individuos es bajo.
CONDUCTAS DE RETRAIMIENTO SOCIAL
Las conductas de introversión social, de insociabilidad y timidez, presentan vínculos negativos con el autoconcepto-autoestima y, por el contrario, aquellas personas con mayores habilidades sociales poseen un autoconcepto-autoestima elevado.
Los niveles bajos de ansiedad-timidez e introversión, ayudan a predecir el autoconcepto global. Además, cuando se detecta retraimiento, ansiedad y timidez en una persona, repercute en un elevado autoconcepto negativo (Garaigordobil, Cruz y Pérez, 2002).
ADAPTACIÓN SOCIAL
Los individuos que presentan un alto autoconcepto, muestran una adecuada adaptación social, participando en diversas conductas prosociales donde la ayuda y el respeto están presentes. Las investigaciones certifican que los adolescentes que muestran conductas prosociales, tienen bajo autoconcepto negativo y, por ende, alto autoconcepto positivo y elevado autoconcepto-autoestima (Calvo, González y Martorell, 2001), buen autoconcepto académico, familiar y social (Gutiérrez y Clemente, 1993) y una autoestima adecuada (Rigby y Slee, 1993).
Los pubescentes que muestran deferencia y empatía hacia los demás, tienen un elevado autoconcepto social y los que llevan a cabo actividades de forma altruista tienen un alto autoconcepto social, académico y global (Garaigordobil et al., 2002).
Existen correlaciones positivas entre autoconcepto elevado y acciones de defensa hacia una persona agredida (Salmivalli, 1998) y otras conductas de respeto social (Yelsma y Yelsma, 1998).

Uno de los objetivos principales a conseguir con el alumnado en el ámbito educativo, es que este consiga un adecuado nivel de autorregulación de su propio comportamiento, ya

que cuanto mayor sea el mismo, más elevado será su nivel de eficacia percibida y, por tanto, su capacidad de adaptación y rendimiento. Ello es debido a la concepción de que las emociones son fundamentales en la vida psicológica del escolar y ejercen una elevada influencia en la motivación académica, así como en las estrategias cognitivas que se utilizan (Güil y Gil-Olarte, 2007).

Para conseguir tales objetivos, es muy importante verificar la importancia de los programas de educación emocional y autoconcepto. En primer lugar, antes de instaurar un programa, es necesario considerar determinados aspectos. De esta manera, cuando se diseña un programa, éste debe ser adaptado a un contexto concreto, curso, condición del centro educativo, intereses y nivel de desarrollo del alumnado (Fregoso, López, Navarro y Valadez, 2013).

La investigación llevada a cabo por Rosa, Inglés, Olivares, Espada, Sánchez-Meca y Méndez (2002) sobre la eficacia de programas encaminados al perfeccionamiento de habilidades sociales en pubescentes, llega a la conclusión de que las mejoras son moderadas y que el éxito está condicionado por el tipo de variables establecidas, así como el número de sesiones empleadas a trabajar los objetivos propuestos. Las intervenciones que dedican más horas son más eficaces como tratamiento. Otro aspecto a tener en cuenta es que el programa resulta más beneficioso cuando los modelos a imitar tienen la misma edad, ya que al variarla se alteran también las características personales.

Se trata de incidir en los aspectos que están sujetos a modificación, aportando al individuo las herramientas y estrategias adecuadas para hacer frente a las dificultades, a los prójimos y a los retos que debe superar en la vida. Se pretende lograr que la persona haga frente a cada situación con posibilidades de éxito, de manera que los logros obtenidos le aporten motivación y pensamientos positivos sobre sí mismo, aumentando así su seguridad (Mestre y Frías, 1996; Cava y Musitu, 1999; Garaigordobil, Aliri, Martínez-Valderrey, Maganto, Bernaras y Jaureguizar, 2013).

Leonard y Gottsdanker (1987), señalan que la actuación a través de programas, será más efectiva cuanto más joven sea la muestra de estudio, ya que es más asequible modificar el autoconcepto de las personas de menor edad que de mayores. Además, los niños han

experimentado menos derrotas y son más vulnerables al cambio por las figuras de autoridad, tales como padres y profesores (Naranjo, 2006).

A continuación se presenta una serie de programas de intervención basados en las investigaciones de Aguilar et al. (2013) y los resultados obtenidos en cada uno de ellos.

Tabla II.4. Relación de programas de intervención sobre autoestima, autoconcepto e IE.

Programa	Autor	Resumen
Programa de mejora de la autoestima.	Mestre y Frías (1996)	Pretende mejorar la autoestima y reducir la ansiedad mediante técnicas de relajación y autocontrol. Dirigido a una muestra de alumnos de 11 y 14 años.
Prevención de emociones negativas.	Olmedo (1997)	El fin es conseguir una mejora de la autoestima a través de la auto-observación y reestructuración cognitiva. Destinado a adolescentes con edades de entre 12 y 16 años
GALATEA.	Cava y Musitu (1999)	Pretende potenciar la autoestima y mejorar la integración social de niños con problemas socioafectivos.
Entrenamiento en autoestima y habilidades cognitivas.	Barret, Webster y Wallis (1999)	Se encamina a entrenar habilidades para crear un estilo positivo de pensamiento, comunicación, percepción, solución de problemas y mejorar las habilidades individuales. Dirigido a personas de 13 a 16 años.
Programas de mejora del autoconcepto.	Garaigordobil (2000, 2001, 2005 y 2012)	Elabora varios programas destinados a diferentes edades, 10-12 años y 12-14 años, cuyos objetivos van encaminados a la mejora del autoconcepto, comportamiento asertivo e impulso de la conducta prosocial.
Taller de trabajo de expresión, emoción y percepciones.	Del Álamo y Gómez (2005)	Abordan la comunicación, interacción afable y cooperativa, la expresión y aprehensión de emociones, el reconocimiento de percepciones y prejuicios y el ejercitamiento prosocial. Dirigido a adolescentes de 13 a 15 años.
Tutorías con alumnado y formación del profesorado y familias.	Obiols (2005)	La finalidad está dirigida a conocer mejor las propias emociones y las del prójimo, mejorar la capacidad emocional, regular las emociones y la de los demás, mejorar la habilidad de automotivarse y adquirir una actitud positiva en la vida.
Educación emocional del profesorado.	Muñoz de Morales (2005)	Trata de instruirles para después aplicar programas de educación emocional en sus centros de trabajo.
Educación emocional de maestros.	Pérez-Escoda, Filella, Soldevila y Fondevila (2013)	Perfeccionar las competencias emocionales de los maestros, mejorando la calidad de vida del centro.
Emociones en el ámbito matemático.	Caballero (2013)	Se plantearon tramitar las respuestas a nivel fisiológico, cognitivo y emocional que pudieran aflorar ante la resolución de problemas matemáticos.
Programa educativo de IE	Fregoso et al. (2013)	Trata de beneficiar las habilidades perceptivas, facilitadoras, comprensivas y reguladoras de las emociones en los adolescentes, basándose en el modelo de Mayer y Salovey (1997).
Programa de educación emocional.	Sosa (2014)	Analiza los niveles de autoconcepto, IE y niveles de ansiedad en estudiantes adolescentes, al mismo tiempo que determina la eficacia de un programa de educación emocional.

II.2.8. AUTOCONCEPTO SOCIAL

La naturaleza social del autoconcepto comenzó a destacar en la obra de William James, despertando interés en la corriente del interaccionismo simbólico, vertiente que considera el autoconcepto como un producto social (Webster y Sobieszet, 1974; Rosenberg y Kaplan, 1982). Por otro lado, numerosos modelos multidimensionales y jerárquicos consideran el autoconcepto social como un dominio diferenciado, a pesar de que existen pocas investigaciones dirigidas a concretar la dimensionalidad del mismo. Hasta el momento, los resultados hallados no son del todo concluyentes en este sector. Todo ello se puede contrastar con los estudios realizados a cerca de las dimensiones del autoconcepto físico (Goñi et al., 2006).

En cuanto a los estudios sobre el autoconcepto social, los cuestionarios de mayor antigüedad usados para medir esta dimensión son de carácter unidimensional, a través de la cual los individuos generan una visión global de sí mismos. Entre ellos, despuntan los siguientes:

- Tennessee Self-Concept Scale (TSCS) de Fitts (1965), que procura medir las percepciones que las personas tienen sobre sus habilidades sociales.
- Coopersmith Self-Esteem Inventory de Coopersmith (1967), donde se mide el self en diversas áreas, entre otras la social.
- Texas Social Behavior Inventory (TSBI), creado por Helmreich, Stapp y Ervin (1974), también referido a la aceptación social que se percibe cuando el individuo se compara con los demás en general y no únicamente con los pares.

Gracias a los estudios que ponen en duda la unidimensionalidad del autoconcepto y abogan por la teoría jerárquica y multidimensional de Shavelson et al. (1976), propicia que los cuestionarios elaborados para medir el autoconcepto, a partir de los ochenta, consideren distintos dominios del mismo, entre los que se encuentra el social.

Durante la década de los ochenta, Harter (1985), entre otros, crea varios cuestionarios para medir el autoconcepto, siguiendo una perspectiva multidimensional, en diferentes

edades: preescolar y escolar, adolescencia y vida adulta. A continuación se detallan los más destacados:

Tabla II.5. Relación de programas de medida del autoconcepto.

Cuestionario	Descripción
Perceived Competence Scale for Children (PCS).	Desarrollado en 1982, integra una escala de competencia social que centra su interés en la “popularidad de los pares”. Va dirigido a discentes de tercero y noveno grado.
Self-Perception Profile for Children (SPPC).	En 1985 decidió modificar el anterior para darle este nuevo nombre, además de cambiar la escala de <i>competencia social</i> por la de <i>aceptación social</i> , al considerar que éste término muestra de forma más clara el contenido de la misma y porque la mayoría de los ítems presentes en la escala de <i>aceptación</i> son muy similares a los de la escala de <i>competencia social del PCS</i> .
Pictorial Scale of Perceived Competence and Social Acceptance.	Harter lo elabora en colaboración con Pike en 1984, creando dos versiones del cuestionario: una enfocada al alumnado de preescolar y otra a discentes de primero y segundo de primaria. Este último integra una escala de <i>aceptación social</i> de los pares.
Self -Perception Profile for College Students.	Creado en 1986 por Neeman y Harter para ser aplicado a estudiantes de secundaria.
Self-Perception Profile for Adolescents.	Creado en 1988 y dirigido a adolescentes. Estos dos últimos cuestionarios no han sido muy utilizados, aunque poseen una escala de <i>aceptación social</i> .
Self-Description Questionnaire I (SDQI).	Publicado por Marsh, Parker y Smith (1983): se mide la aceptación entre los pares a través de la denominada <i>escala relación con los iguales</i> , cuyos ítems son muy parecidos a los que componen la escala de <i>aceptación social</i> del SPPC de Harter (1985).
Self-Description Questionnaire II (SDQII).	Creado por Marsh, Parker y Barnes en 1985 con el propósito de emplearlo con discentes de séptimo y undécimo grado. Trata de medir la sociabilidad, aceptación social y agresión recibida por el prójimo.
Self-Description Questionnaire III (SDQIII).	Creado por Marsh y O’Niell en 1984 para ser aplicado a adolescentes de más de quince años y adultos. En estos dos últimos cuestionarios pueden apreciarse escalas diferenciadas que miden la percepción de las relaciones entre personas del mismo sexo, así como entre iguales del sexo opuesto. Incluye ítems que miden la aceptación social y habilidades sociales.
Multidimensional Self Concept Scale (MSCS).	Publicado por Bracken en 1992 y constituido por seis escalas referidas a seis aspectos del autoconcepto, entre ellas la social. En este cuestionario, el autoconcepto social aparece como una combinación de la aceptación social y habilidades sociales percibidas.
Autoconcepto Forma-A (AFA).	Ideado por Musitu, García y Gutiérrez en 1994.
Autoconcepto Forma-5 (AF5).	De García y Musitu (2001): estos dos últimos cuestionarios se crearon en castellano, son de los más utilizados e incluyen el autconcepto social como un campo aislado dentro del autoconcepto general.
Self-Inventory (SSEI).	Construido por Lawson, Mashall y MacGrath en 1979.
Social Self-Concept Scale (SSCS).	Creado por Zorich, y Reynolds (1988). Tanto el anterior como éste, se crearon con el propósito únicamente de medir el autoconcepto social, aunque carecen de adecuadas propiedades psicométricas.

Tras el análisis de los estudios llevados a cabo sobre el autoconcepto social mediante diversos cuestionarios, se pone de manifiesto que los resultados tienen poca variabilidad en función de la edad y el sexo, no hallándose diferencias estadísticamente significativas (Harter, 1982; Harter y Pike, 1984; Bracken, 1992; Amezcua y Pichardo, 2000; Garaigordobil et al., 2003). No obstante, existen algunos estudios, como el de Gabelko (1997), donde se han encontrado niveles más elevados de autoconcepto social

en las chicas, concretamente en las dimensiones de agresividad y prosocialidad (Infante, De la Morena, García, Sánchez, Hierrezuelo y Muñoz, 2002).

En lo referente a las dimensiones del autoconcepto social, existen varias propuestas teóricas. En 1976, Shavelson, Hubner y Stanton elaboran un cuestionario con validez científica, basándose en la estructura de multidimensionalidad y jerarquía de James y Cooley. El modelo construido muestra un autoconcepto social formado por dos dimensiones: una vinculada a los pares y otra relativa a los otros significativos.

Más tarde, Song y Hattie (1984), sugieren una disociación del autoconcepto social en autoconcepto de los pares y en autoconcepto familiar. Destaca de este modelo que, al aplicarlo a adolescentes, el autoconcepto desarrollado en el aula correlaciona más con el *autoconcepto social* que con el *académico*.

Por último, Byrne y Shavelson (1986), elaboran un modelo más detallado del autoconcepto social, dividiendo este en dos dimensiones: el autoconcepto social vinculado al contexto educacional, el cual se subdivide en compañeros y profesores; y el autoconcepto social relacionado con la familia, subdividido en hermanos y padres.

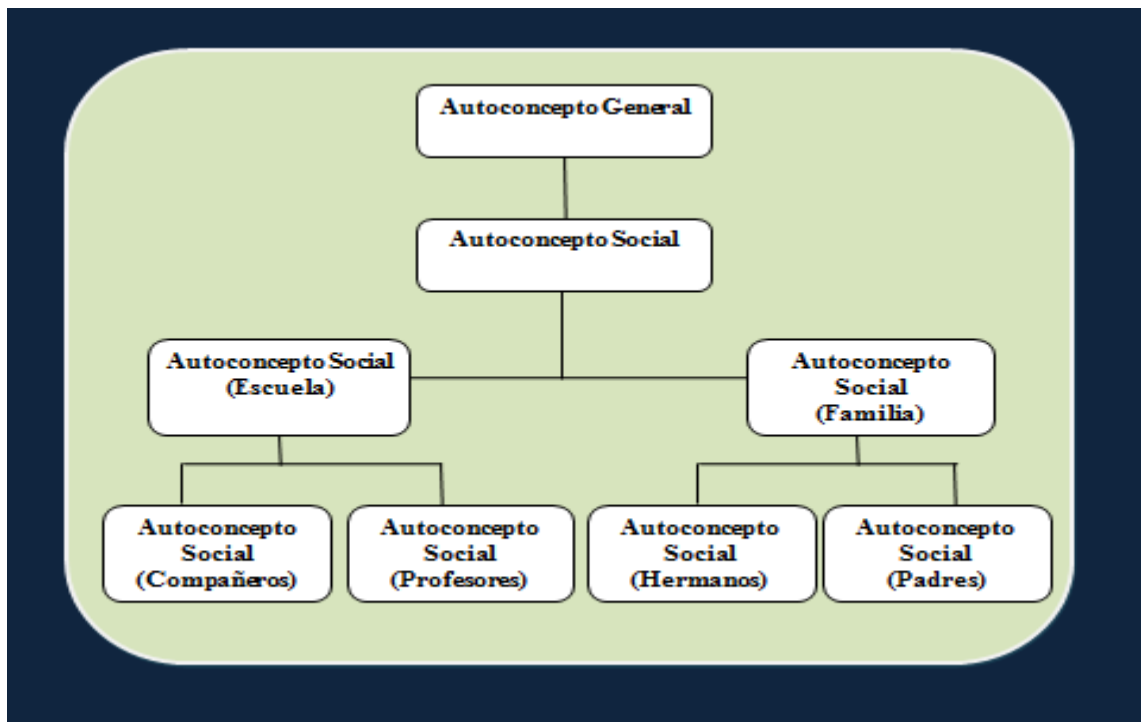


Figura II.7. Modelo del autoconcepto social de Byrne y Shavelson (1986).

Las investigaciones realizadas tienden a diferenciar el autoconcepto social según contextos, admitiéndose que la percepción que una persona tiene como ser social, varía en función del contexto en el que se halle (Shavelson et al., 1976; Song y Hattie, 1984; Byrne y Shavelson, 1996). Así, el autoconcepto simbolizaría la percepción que cada ser tiene de sus habilidades sociales según las interacciones con el prójimo y, este se computa a partir de la autovaloración de la conducta propia en un contexto social u otro (Markus y Wurf, 1987).

Sin embargo, existen investigadores que consideran que el autoconcepto social depende de la evaluación de determinadas competencias, tales como asertividad, habilidades sociales, agresividad, etc., las cuales son estimuladas en la vida social sin distinguir contextos (Zorich y Reynolds, 1988; Infante et al., 2002).

Bajo esta segunda percepción, también existen diversas opiniones, como la que plantean Bracken (1992). Unos denominan al conjunto de habilidades que valoran el autoconcepto social, *competencia social*, término que hace referencia a la autopercepción de habilidades sociales; y otros, siguiendo el modelo de Coley (1902) y James (1980), *aceptación social*, que alude al autoconcepto social según la aprobación de nuestros iguales (Márquez-Rosa, 2010).

No obstante, ambos posicionamientos pueden referirse a una misma realidad, ya que el individuo que se considera aceptado por el prójimo, posiblemente se perciba socialmente hábil (Goñi y Fernández, 2008).

En todo caso, la única diferencia entre estos puntos de vista reside en el hecho de que la autoevaluación de habilidades sociales no requiere indispensablemente la comparación con otras personas, mientras que la autopercepción de la aceptación social sí (Berndt y Burgy, 1996).

A modo de conclusión, se puede establecer que las investigaciones que han tratado de acotar las dimensiones del autoconcepto social, responden a dos principios: contextos y competencias. A continuación se muestra un cuadro donde se recogen ambos criterios.

Tabla II.6. Criterios de diferenciación interna del autoconcepto social. Goñi y Fernández (2008).

AUTORES	COMPETENCIAS
Shavelson et al. (1976)	<ul style="list-style-type: none"> • Pares • Otros significativos
Song y Hattie (1984)	<ul style="list-style-type: none"> • Pares • Familia
Zorich y Reynolds (1988)	<ul style="list-style-type: none"> • Afiliación grupal • Habilidades Sociales • Participación en eventos sociales • Expectativa del logro social • Evaluación de los otros • Sociabilidad
Byrne y Shavelson (1996)	<ul style="list-style-type: none"> • Contexto educacional • Familia
Infante, De la Morena, García, Sánchez, Hierrezuelo y Muñoz (2002)	<ul style="list-style-type: none"> • Agresividad • Prosocialidad

Según Goñi (2009), el autoconcepto social simboliza la autoevaluación que los individuos llevan a cabo de las conductas activadas en situaciones sociales, pudiendo estar constituido por tres dimensiones en lugar de dos:

- **La aceptación social:** referido al acogimiento que nos ofrecen terceras personas.
- **Competencia social:** interpretada como la autopercepción de las capacidades para valerse en situaciones sociales.
- **Responsabilidad social:** que hace alusión a la percepción que una persona tiene sobre su aportación al adecuado funcionamiento social.

El Cuestionario Autoconcepto Social (AUSO), construido para medir el autoconcepto social, junto con las tres dimensiones antes descritas, se supeditó a un estudio piloto (González y Goñi, 2005). Los resultados revelan la presencia de una disposición bidimensional de dos factores (figura II.8):

- Responsabilidad social
- Competencia y aceptación social.

Estos datos nos inducen a pensar que la autopercepción como ser socialmente apto y la autopercepción como ser socialmente admitido, llegan a conformar una única dimensión.

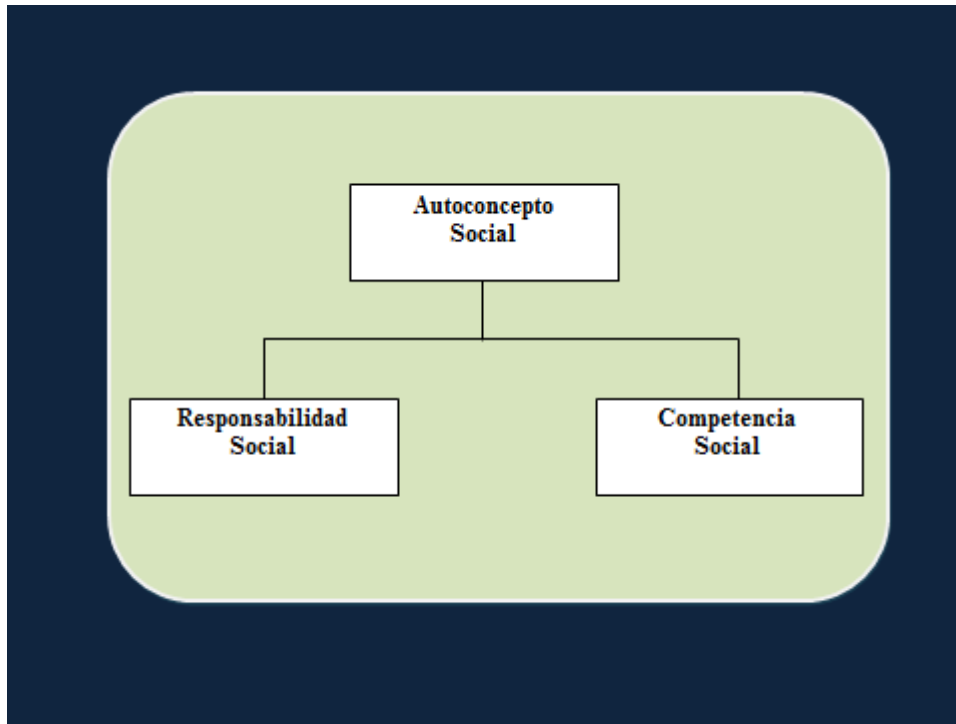


Figura II.8. Propuesta de estructura interna del autoconcepto social.

Trabajos desarrollados posteriormente, confirman esta estructura bidimensional del autoconcepto social (Fernández y Goñi 2006; Fernández y Rodríguez, 2007), donde la dimensión de competencia social integra aspectos relacionados con habilidad social y aceptación social.

Desde el punto de vista psicológico, el autoconcepto social se relaciona con diversos aspectos como la estabilidad emocional, responsabilidad y sociabilidad.

Las habilidades sociales, concebidas como una recopilación de conductas y actuaciones que tolera interactuar en los contextos socioculturales, al mismo tiempo que originan desenlaces positivos para todos los partícipes en la relación, guardan un estrecho vínculo con el autoconcepto. Los estudios centrados en la correlación entre habilidades sociales y el autoconcepto/autoestima, han constatado que ambos muestran una relación elevada, lo que se traduce en que una persona que posea adecuadas destrezas sociales, tendrá relaciones interpersonales fructíferas, lo cual incidirá positivamente en su

bienestar y por ende en su autoimagen social (Alberti y Emmons, 1978; Riggio, Throckmorton y De Paola, 1990; Garaigordobil, Durá y Pérez, 2005).

También se han detectado relaciones entre el autoconcepto y diversos atributos de estabilidad emocional, tales como ansiedad social, soledad, depresión y tendencia al aislamiento (Garaigordobil y Durá, 2006). El hecho de que el autoconcepto social mida, entre otros aspectos, el grado de autopercepción de aceptación social, permite deducir que las personas que se consideran socialmente poco aceptadas, se encuentren insatisfechas en sus relaciones sociales y poco satisfechas con la situación social en la que viven.

Según Monjas (2000) y García y Musitu (2001), tener un autoconcepto bajo y una carencia en competencia social, pueden propiciar depresión en etapa infantil y adolescente. Además, la incompetencia social se vincula con el rechazo y aislamiento social, problemas en el ámbito emocional y escolar, perturbaciones psicológicas y trastornos depresivos.

Visto en sentido contrario, el apoyo social correlaciona positivamente con el autoconcepto social. Este postulado armoniza con el hecho de que obtener apoyo social, ofrece información de que somos queridos y cuidados por otros (Ullman y Dubow, 1989).

En el estudio de Garaigordobil et al. (2003), en el que utilizaron el AFA de Musitu, García y Gutiérrez (1994) se comprobó que el autoconcepto social tiene correlaciones positivas con conductas sociales de contemplación hacia los demás (liderazgo y altruistas) y con la selección de los amigos. Sin embargo, se encontraron correlaciones negativas con conductas de introversión social, ansiedad, timidez, problemas psicopatológicos y creencias ilógicas.

A modo de colofón, es necesario destacar que las investigaciones focalizadas sobre el autoconcepto social se caracterizan por tener falta de coincidencia. A pesar de despertar el interés en la gran mayoría de los teóricos, el autoconcepto social es concebido de diversas formas, diversificándose en dos corrientes:

- Aquellos que defienden que el autoconcepto social debe ser medido por ámbitos o contextos de desarrollo.
- Aquellos que prefieren usar el término de capacidades o habilidades concretas para la medición del mismo.

De cualquier modo, es cierto que no existen gran cantidad de instrumentos de medida de suficiente validez, y más aún en lengua castellana.

II.2.9. AUTOCONCEPTO ACADÉMICO

La importancia concedida al autoconcepto académico en el ámbito educativo es significativa, existiendo gran cantidad de estudios al respecto (Shavelson et al. 1976; Covington, 1983; Arancibia y Álvarez 2011; González, Leal, Segovia y Arancibia 2012; González, Mendiri y Arias, 2014), los cuales afirman que no es posible entender la conducta escolar sin tener en cuenta las percepciones que la persona tiene de sí mismo y de su propia competencia académica. Miras (2004) define el autoconcepto académico como la *“representación que el alumno tiene de sí mismo como aprendiz, es decir, como persona dotada de determinadas características o habilidades para afrontar el aprendizaje en un contexto instruccional”*. Otras definiciones destacan la concepción que el alumnado tiene sobre su capacidad para aprender (Brookover et al., 1964), o cómo el discente se considera en cuanto a sus capacidades para trabajar en determinadas tareas académicas (Thomas, 1973). También es posible encontrar otros aspectos centrales del autoconcepto (Strein, 1993): lo descriptivo (*“me gustan las matemáticas”*) y lo evaluativo (*“Soy bueno en matemáticas”*).

El ámbito escolar ejerce gran influencia en el desarrollo del individuo, por lo que la información que se recibe por parte del profesorado, así como del grupo de iguales, constituirá un alto porcentaje en la formación del autoconcepto académico (Scott, Murray, Mertens y Dustin, 1996). Según Shavelson, Hubner y Stanton (1976), el autoconcepto académico, en su estructura interna, se entiende como *“la percepción de la competencia que se tiene sobre las asignaturas de historia, matemáticas, inglés y ciencias”*. En un nivel inferior, jerárquicamente hablando, se encuentran otras percepciones más concretas y específicas. También, el autoconcepto académico

adquirirá mayor diferenciación con el aumento de edad en lo referente a otros constructos como el logro matemático.

Aunque en un principio Shavelson no concede gran importancia a esta área del autoconcepto, con el paso del tiempo lo hará junto a Marsh, destacando el estudio que llevaron a cabo en 1985 (Marsh y Shavelson, 1985) con estudiantes preadolescentes. En dicho estudio, hallaron un estrecho vínculo entre el autoconcepto matemático y lingüístico con el autoconcepto general, sin tener los dos primeros una unión sustancial entre sí. Este hecho, induce a pensar que existen dos autoconceptos académicos unidos al ámbito de los contenidos matemáticos, por un lado, y al ámbito de los contenidos lingüísticos, por otro.

Así, se propone una alternativa al modelo inicial de Shavelson et al. (1976), donde únicamente se postulan el factor académico y no académico, añadiendo así un tercer factor de segundo orden.

El modelo de Marsh, Byrne y Shavelson (1988), es uno de los más reconocidos en la actualidad. Se basaron en los modelos anteriores y crearon un nuevo modelo de autoconcepto académico (Marsh, 1990):

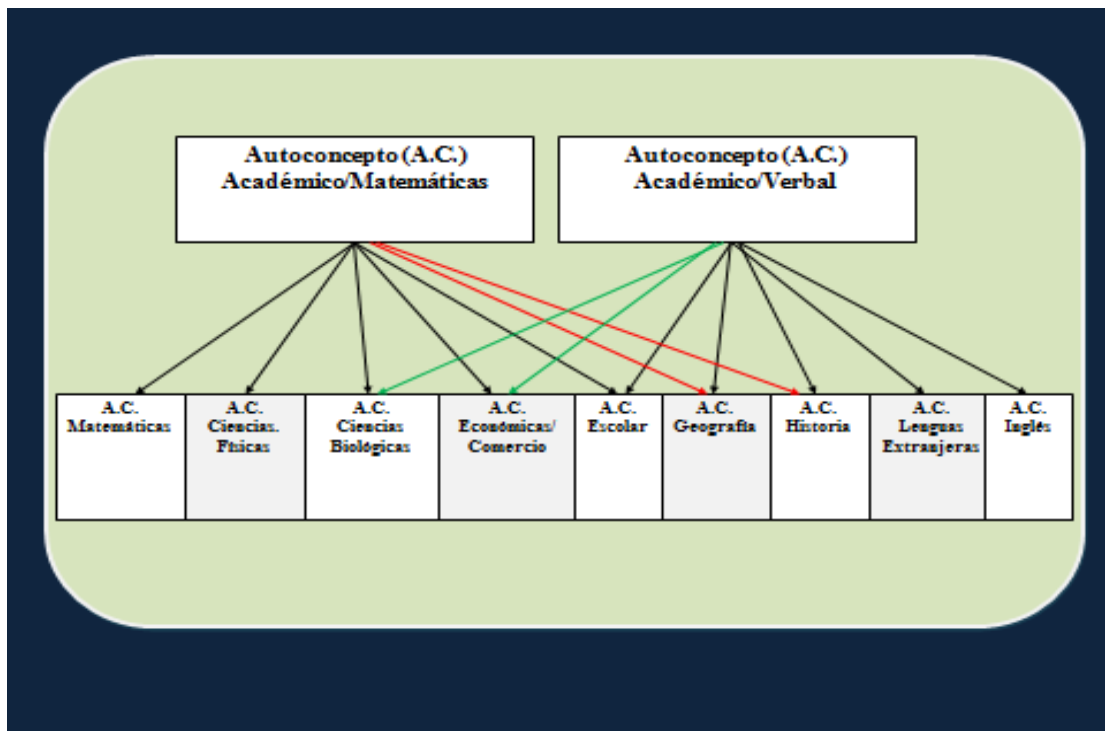


Figura II.9. Modelo del autoconcepto académico de Marsh (1990).

Partiendo de este modelo, se crearon dos instrumentos de medida de la dimensión académica del autoconcepto llamados *Academic Self Description Questionnaire* (ASDQ), existiendo dos variantes:

- a) **ASDQ-I**: presenta trece escalas y está destinado a los cursos quinto y sexto.
- b) **ASDQ-II**: presenta dieciséis escalas y está destinado a los cursos séptimo y octavo.

Los datos obtenidos por Marsh (1992) muestran que, aunque este modelo tiene ciertas limitaciones, resulta útil para aclarar las relaciones entre los autoconceptos académicos ubicados en posición central, además de que las escalas del autoconcepto académico se diferencian más entre sí y obtienen una correlación inferior con los logros obtenidos en las diversas materias. En otras palabras, es necesario considerar la asignatura académica específica cuando se examine la relación entre el autoconcepto académico y logro.

Por último, merece especial atención el modelo de Vispoel (1995), el cual introduce un dominio independiente del autoconcepto académico denominado “*autoconcepto artístico*”, pudiendo estar constituido por autopercepciones fragmentadas sobre las habilidades en danza, arte dramático, artes plásticas y habilidades musicales.

El grado de diferenciación interna del autoconcepto sufre altibajos a lo largo de la vida del estudiante. En un principio aumenta con la edad hasta los cursos séptimo y noveno, donde desciende y, a partir de ahí, comienza a incrementarse nuevamente.

A partir de la década de los sesenta, surgen muchas investigaciones que se centran en la relación entre el autoconcepto académico y el rendimiento académico. De tales investigaciones se deduce que es importante propiciar un medio escolar adecuado con objeto de crear un autoconcepto positivo (Martínez, Inglés, Piqueras y Ramos, 2010).

Según Shavelson y Bolus (1982), Marsh et al., (1983) y Song y Hattie (1984), el autoconcepto académico se relaciona estrechamente con el rendimiento académico, siendo este vínculo mayor que el existente entre el rendimiento académico y el autoconcepto general (Wylie, 1979; Hansford y Hattie, 1982; Salum-Fares et al., 2011).

Otro dato aportado por investigadores, es que el autoconcepto académico, general y específicos (matemático y verbal), muestra una mayor correlación con discentes de edad avanzada que con jóvenes (Brookover et al., 1964; Boersman y Chapman, 1985; Amezcua y Fernández, 2000; McCoach y Siegle, 2003), así como con aquellos que tienen mayor capacidad cognitiva frente a los de menor (Byrne y Gavin, 1996; Koutsoulis y Campbell, 2001). Al mismo tiempo, se han observado estrechos vínculos entre rendimiento escolar en áreas específicas y autoconceptos correspondientes a estas, una correlación inferior entre rendimiento escolar y otros rendimientos académicos y una escasa relación entre rendimiento y otros matices no académicos del autoconcepto (Brookover et al., 1964; Shavelson y Bolus, 1982; Marsh et al., 1985; Marsh, 1990).

No obstante, a pesar de existir gran cantidad de investigaciones que han centrado su atención en el estudio de la relación entre el autoconcepto académico y rendimiento académico, no se puede considerar los datos como definitivos, surgiendo algunos modelos de causalidad (Skaalvick y Hagtvvet, 1990; Núñez y González-Pienda, 1994):

- El rendimiento es la causa del autoconcepto académico: el éxito o fracaso académico influyen en el autoconcepto del alumnado mediante las evaluaciones del prójimo y la teoría de comparación social. El discente que tiene éxito académico, construirá un autoconcepto académico positivo y viceversa.
- El autoconcepto académico es la causa del rendimiento escolar: los niveles de logro del alumnado se establecen en base al autoconcepto.
- El autoconcepto académico y rendimiento mantienen una relación recíproca: ambas se influyen y conforman mutuamente en compaginación con otras variables.
- Otras variables influyen en la relación entre el autoconcepto y el rendimiento: factores personales o ambientales pueden incidir en el rendimiento del individuo.

En este sentido, quedan pocas dudas acerca de la importancia de la creación de un adecuado autoconcepto académico, no únicamente porque medie en el aprendizaje y repercuta en el rendimiento, sino porque el rendimiento que experimenta el discente es una medida de su valía como persona. Además, el atribuir que los buenos resultados en el ámbito escolar se deben al esfuerzo y capacidad de sacrificio (atribuciones internas),

produce un aumento significativo en el rendimiento académico (Piñeiro, Valle, Rodríguez, González y Suárez, 1998).

Es importante destacar también que la elaboración de atribuciones internas sobre resultados válidos de la propia conducta (éxitos) y atribuciones externas sobre resultados adversos (fracaso), ejercen un papel protector sobre el autoconcepto ante información poco grata.

Desde no hace mucho tiempo, se ha comenzado a inspeccionar la correspondencia entre el autoconcepto académico y la inteligencia emocional, descubriendo que la dimensión académica del autoconcepto se relaciona con los elementos de independencia y optimismo de la inteligencia emocional (Matalinares et al., 2005). Cuando el adolescente muestra una actitud optimista y positiva, aunque se encuentre con adversidades, repercute eficientemente sobre la percepción que poseen de sí mismos como estudiantes y el rol que desempeñan.

Por último en el presente punto, y apoyándonos en García y Musitu (2001), hemos de señalar que el autoconcepto académico también correlaciona con otras variables como el ajuste psicosocial, calidad en la realización del trabajo, aceptación y aprecio de los compañeros, liderazgo y compromiso en los adolescentes.

II.3. EL SISTEMA EDUCATIVO

Entre los elementos primordiales de este informe de tesis doctoral nos encontramos con el sistema educativo que marca en cierto modo el devenir de la educación de los adolescentes; por tanto en este apartado se tratarán temas como la legislación, etapas del sistema educativo y la educación física en el contexto educativo.

II.3.1. LA ENSEÑANZA ACTUAL: MARCO LEGISLATIVO

El Sistema Educativo Español se desarrolla en base a un marco legislativo, con objeto de ofrecer una formación y educación a nuestra población. Desde mediados del siglo XX las leyes han evolucionado llegando a cambiar en siete ocasiones, siendo la que está

en vigencia la Ley Orgánica 2/2006 de 3 de Mayo modificada por la Ley Orgánica 8/2013 de Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE).

El presente apartado referente al marco legislativo y su recorrido a lo largo de la historia, se muestra en dos cuadros resumen (Tabla II.7 y Tabla II.8). En la primera de ellas se puede observar la evolución normativa desde el Plan del Duque de Rivas de 1833 hasta los años anteriores a la Constitución de 1978. La segunda tabla contiene la legislación que regula el sistema educativo español actualmente, dejando patente la evolución desde los años anteriores a la Constitución hasta la última ley aprobada.

Tabla II.7. Etapas del sistema educativo español hasta la Constitución de 1978 (Vilches, 2015).

ETAPAS DEL SISTEMA EDUCATIVO ESPAÑOL HASTA LA CONSTITUCION DE 1978						
Plan del Duque de Rivas 1833						
Instrucción Primaria		Instrucción Secundaria		Instrucción Superior		
Elemental	Superior	Elemental	Superior	Facultades	Escuelas Especiales	Estudios Erudición
Ley Moyano 1857						
1ª Sección, De los estudios	Regula los niveles educativos	1ª Enseñanza		Elemental, obligatoria y gratuita Superior		
		2ª Enseñanza, 6 años de estudios generales y para ejercer profesiones				
		Superior, facultades, enseñanzas superiores y profesionales				
2ª Sección Establecimientos de enseñanza	Regula centros de enseñanza públicos y privados					
3ª Sección Del profesorado publico	Formación y acceso del profesorado					
4ª Sección Gobierno y administración del IP	Establece niveles de administración educativa			Central, Provincial y Local		
La Restauración de 1874						
Decreto de 16 de septiembre de 1894 estableciendo la reforma de la enseñanza secundaria, es la llamada “ <i>Reforma Groizaard del Bachillerato</i> ”. Se funda en 1900 el Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. Primo de Rivera, abolió la libertad de cátedra y establece el “ <i>Plan Calleja</i> ” que reformaba el bachillerato, el cual moderniza y lo hace más técnico con el fin de que sirva de acceso y filtro para incorporarse a la Universidad.						
2ª Republica 1931						
Se genera la funcionarización de maestros, profesores y catedráticos, ayudas oficiales para aquellos con dificultades para sufragar gastos concernientes a estudios y nuevas normas educativas: el bilingüismo, la inspección de primaria y secundaria, formación de docentes y supresión de la obligatoriedad de la enseñanza religiosa. Se crea en 1934 el Plan de estudios de bachillerato.						
Tras la Guerra Civil de 1936						
Primer periodo 1939-1949	Ley de Reforma de la Enseñanza Media de 20/09/1938					
	Ley de la Ordenación de la Universidad de 29/07/1943					
	Ley de la Enseñanza Primaria de 17/07/1945					
	Ley de Formación Profesional Industrial de 19/07/1949					
Segundo periodo 1950-1969	Ley de Ordenación de la Enseñanza Media 26/02/1953					
	Ley sobre Construcciones Escolares 22/12/1953					
	Ley sobre Enseñanzas Técnicas 20/07/1957					

Desde las reformas educativas llevadas a cabo en 1969, el sistema educativo ha sufrido continuos cambios legislativos, llegando a modificarse en tres ocasiones desde 2002.

Tabla II.8. Legislación Educativa desde los años 70 (Vilches, 2015).

LEGISLACION
Ley 14/1970, de 4 de agosto, Ley General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa
Ley Orgánica 8/1985 reguladora del Derecho a la Educación (LODE)
Ley Orgánica 11/1990 de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE)
Ley Orgánica 9/1995 de Participación, Evaluación y Gobierno de los Centros Docentes (LOPEG)
Ley Orgánica 2002 de Calidad de la Educación (LOCE). No se llevó a efecto
Ley Orgánica 2/2006 de Educación (LOE)
Ley Orgánica 2/2006 de 3 de mayo de Educación modificada por la Ley Orgánica 8/2013 de Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE).

Como se puede apreciar en la tabla, el 23 de Mayo del 2013 se aprueba la Ley Orgánica 8/2013 de Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE), siendo la séptima Ley Orgánica de Educación desde la implantación del sistema democrático español. Se va a implantar de manera progresiva desde el curso escolar 2014-2015. La LOMCE varía ciertos aspectos de la Ley Orgánica 2/2006 de Educación (LOE), pero sin llegar a derogarla.

El sistema educativo recogido en la LOMCE se llevará progresivamente en tres fases, donde se aplicarán las modificaciones recogidas en la Ley en las etapas de Educación Primaria, Secundaria, Formación Profesional y Bachillerato (Figura II.10); su periodo de adaptación se distribuye en tres fases: (1ª fase: durante el curso escolar 2014/2015; 2ª fase: durante el curso escolar 2015/2016; y 3ª fase: durante el curso escolar 2016/2017).

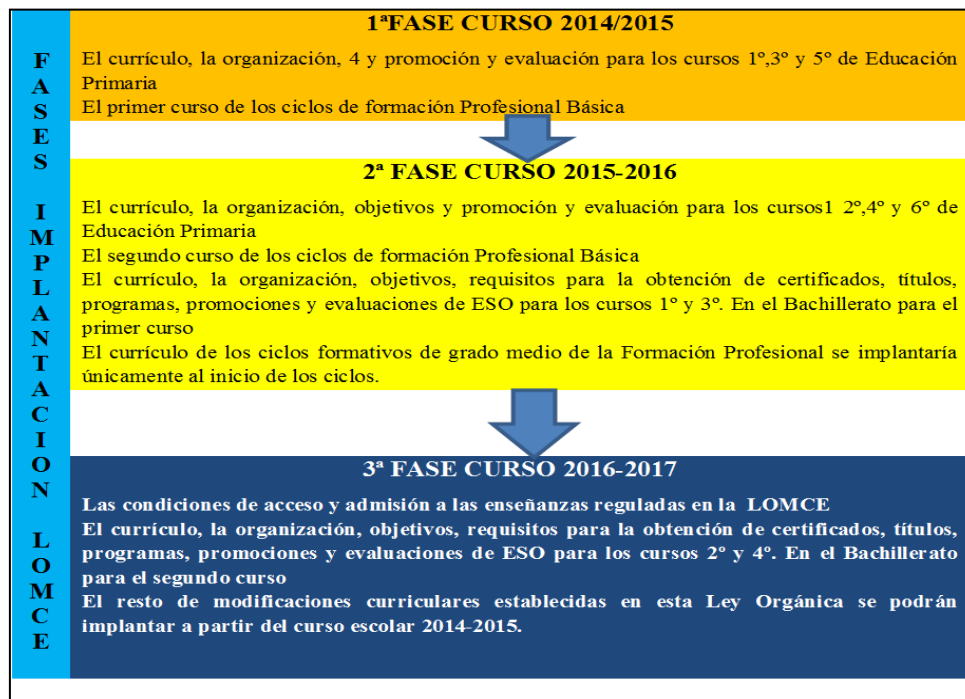


Figura II.10. Calendario de Implantación de Modificaciones de la LOMCE.

II.3.2. ETAPAS DEL SISTEMA EDUCATIVO

La LOMCE estructura el sistema educativo en cuatro modalidades de enseñanza, además de la educación infantil y educación para adultos, tal y como se puede apreciar en la siguiente figura.

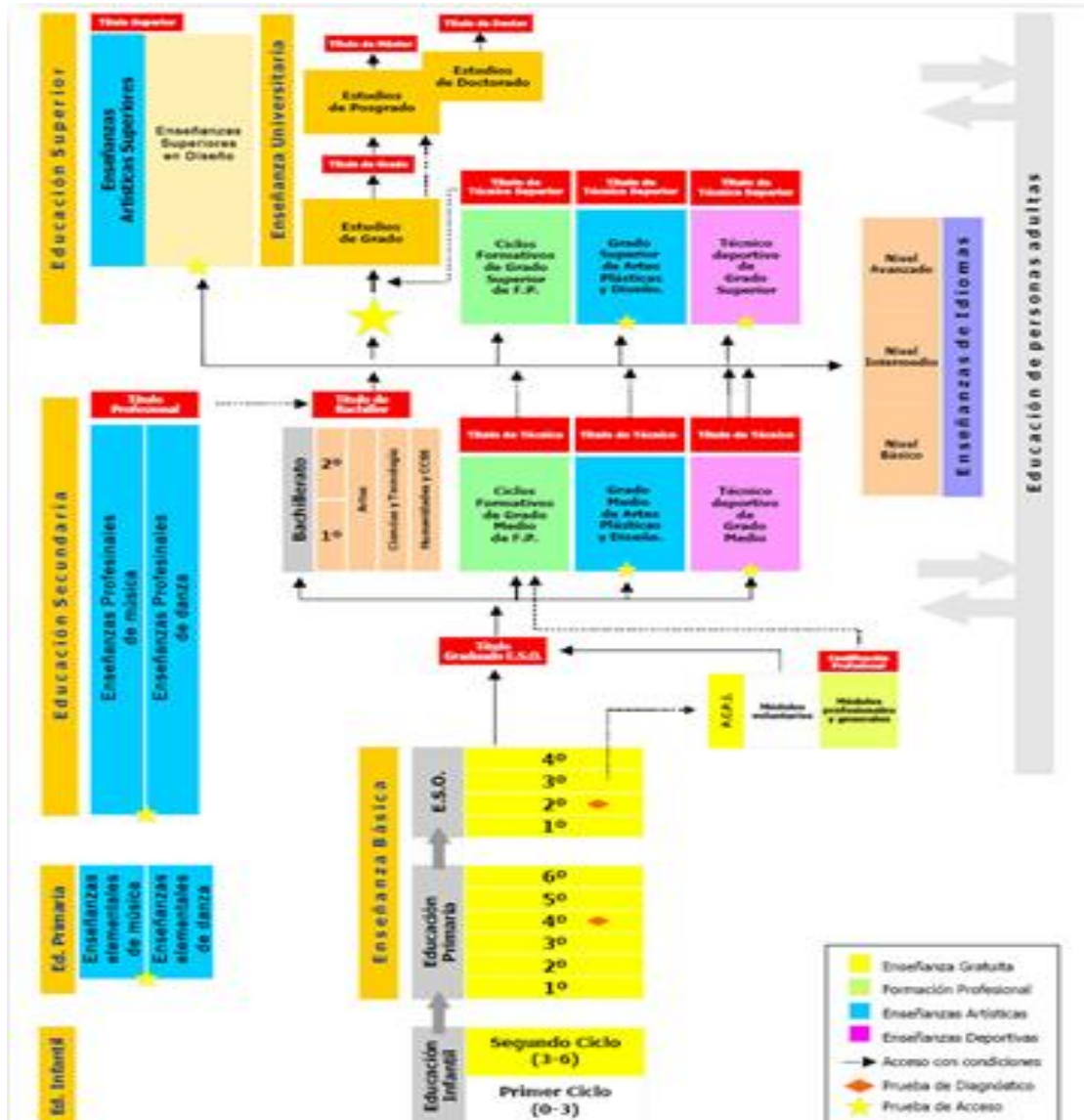


Figura II.11. Estructura de la LOMCE (extraído de orientagades.wordpress.)

En lo referente a las modalidades de estudios, la oferta educativa en España queda distribuida de la siguiente manera:

- **Educación Infantil:** etapa de carácter voluntario que acoge a todos los niños desde su nacimiento hasta los seis años y queda dividida en dos ciclos de tres años. Dicha etapa es impartida por maestros de Educación Infantil o con el título

de Grado equivalente. El objetivo fundamental en esta etapa es el desarrollo físico, afectivo, social e intelectual del alumnado.

- **Educación Primaria:** se compone de seis cursos académicos comprendiendo desde los seis a los doce años. Durante esta etapa se puede repetir una única vez en cualquiera de los seis cursos. Las asignaturas se agrupan en tres bloques: troncales, específicas y libre configuración autonómica, a escoger entre Religión y área de Valores Sociales y Cívicos. También se estudia de forma dividida Ciencias de la Naturaleza y Ciencias Sociales. En Andalucía, además de las anteriores asignaturas específicas, los alumnos y alumnas deben cursar la asignatura de Educación artística, siendo esta una asignatura necesaria para el desarrollo integral y armónico del alumnado; asimismo, los alumnos y alumnas podrán cursar una segunda lengua extranjera en aquellos centros autorizados por la Consejería competente en materia de educación.

Dentro del bloque de asignaturas de libre configuración autonómica, los alumnos y alumnas deben cursar en quinto de educación primaria la asignatura de Educación para la ciudadanía y los Derechos Humanos y en sexto la asignatura de Cultura y práctica digital, que tendrá como finalidad el desarrollo de la competencia digital, a través de la utilización adecuada de las herramientas tecnológicas de la sociedad del conocimiento, tanto en su vida cotidiana como en el desarrollo de las actividades y tareas curriculares.

- **Educación Secundaria:** consta de cuatro cursos académicos, siendo la franja de edad de doce a dieciséis años, pudiéndose prolongar hasta los dieciocho (fin del derecho a la escolarización). Se estructura en dos ciclos, siendo el primero de tres cursos y el segundo de uno, el cual tendrá carácter propedéutico. Se organiza en base a los principios de Educación común y atención a la diversidad de los discentes, por lo que se centra en la detección y tratamiento de dificultades de aprendizaje en el alumnado tan pronto como se produzcan, con objeto de que el alumnado adquiera las competencias básicas. Su coordinación con la etapa de Primaria y Bachiller debe ser estrecha. Sus principales objetivos son:
 - Garantizar una adecuada transición del alumnado y facilitar el proceso de continuidad de la educación.

- Preparar al alumnado para continuar estudios posteriores y su inserción laboral, así como formarles para el ejercicio de sus derechos y obligaciones en la vida y orientación metodológica.
- Conocer y aplicar métodos que tengan en cuenta los diferentes ritmos de aprendizaje del alumno, fomentando el aprendizaje independiente y promulguen, entre otras cosas, el trabajo en equipo.

Tanto la Educación Primaria como Secundaria, componen la llamada enseñanza básica, siendo de carácter gratuita y obligatoria, hasta los dieciséis años.

- **Bachillerato:** el alumnado recibirá por parte del equipo docente un consejo orientador de nueva creación, antes de seleccionar un itinerario en Bachillerato o Formación Profesional. La etapa de bachillerato en la LOMCE ofrece tres modalidades: Humanidades y Ciencias Sociales, Ciencia y Arte. En la tabla II.9 se puede apreciar los itinerarios ofertados así como las materias que componen esta etapa.

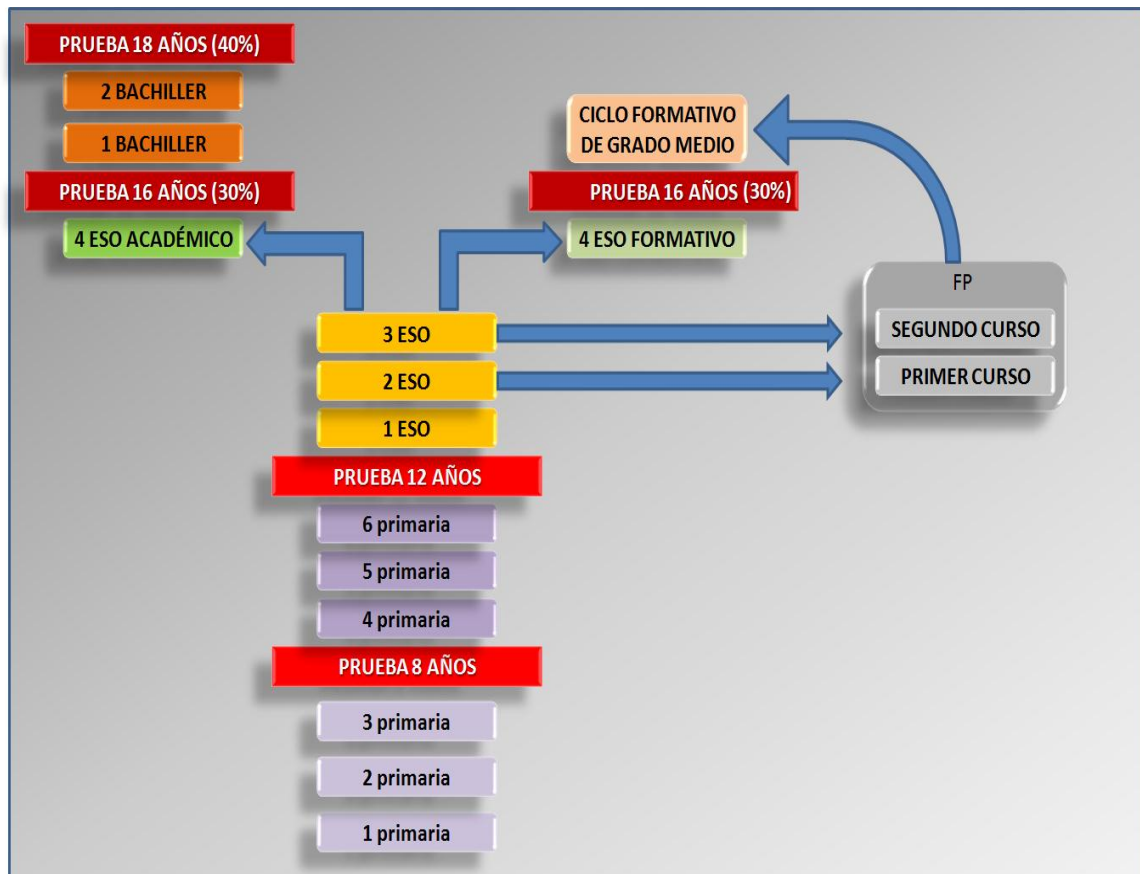


Figura II.12. Enseñanza Básica en la LOMCE.

Tabla II.9. Opciones del Bachillerato.

BACHILLERATO MATERIAS	
Comunes	Ciencias Mundo Contemporáneo; Educación Física, Filosofía y Ciudadanía, Historia de la Filosofía, Historia de España, Lengua Castellana y Literatura y, si la hubiese, Lengua cooficial y Literatura, Lengua Extranjera.
De Modalidad	Modalidad Artes Plásticas, Imagen y Diseño Cultura audiovisual, Dibujo artístico I y II, Dibujo técnico I y II, Diseño Historia del Arte, Técnicas, Expresión Grafico-Plástica, Volumen.
	Modalidad Artes Escénicas, Música y Danza Análisis Musical I y II, Anatomía Aplicada, Artes Escénicas, Cultura Audiovisual, Historia de la Música y Danza, Literatura Universal, Lenguaje- Práctica Musical
Optativas	Modalidad de Ciencias y Tecnología Biología, Biología y Geología, Ciencias de la Tierra y Medioambientales, Dibujo Técnico I y II, Electrotecnia, Física, Física y Química, Matemáticas I y II, Química, Tecnología Industrial I y II
	Modalidad Humanidades y Ciencias Sociales Economía, Economía de la Empresa, Geografía Griego I y II, Historia del Arte, Historia del Mundo Contemporáneo, Latín I y II, Literatura Universal, Matemáticas aplicadas a las Ciencias Sociales I y II.
Libre Elección	Religión.

- Formación Profesional:** queda recogida en la Ley Orgánica 5/2002, 19 de Junio artículo 9, es el conjunto de acciones formativas que tienen como fin calificar al individuo para el desempeño de diferentes profesiones, su empleabilidad y participación activa en la vida social, cultural y económica. Existen ciclos de grado medio y superior, organizándose en módulos independientes y de duración variable en función del campo profesional a elegir. Dichos ciclos formativos incluyen una fase práctica de formación en una empresa. Con objeto de impulsar y mejorar la formación profesional, la citada Ley ha sido modificada parcialmente por la Ley 2/2011, 4 de Marzo de economía sostenible. Más tarde, en el Real Decreto 1147/2011, de 29 de Julio se establece la ordenación y organización de las enseñanzas de la formación profesional (artículo 4). En la siguiente tabla, se detallan las opciones de la formación profesional.

Tabla II.10. Opciones de la FP.

FORMACION PROFESIONAL	
BASICA	GRADO MEDIO
Obligatoria y de carácter gratuito 2 años ampliables a 3. Acceso por recomendación del equipo docente, tras 3º ESO o excepcionalmente 2º ESO. Obtención del Título Profesional Básico (14 titulaciones). Acceso al Grado Medio y a la Obtención del Grado en ESO.	Integrado en la educación secundaria postobligatoria Acceso, si posee título de: Profesional básico, Graduado E.S.O. en enseñanzas aplicadas, Bachiller, Título Universitario, Título Técnico, superar todas las materias de bachillerato, superar prueba de acceso >17 años. Obtención del Título de Técnico. Acceso a grado superior por procedimiento de admisión al centro cuando la demanda supere a la oferta.
GRADO SUPERIOR	DUAL
Integrado en la Enseñanza Superior. Acceso por posesión del Título de Bachiller, Título Universitario, Título Técnico o Técnico Superior de Formación. Superar todas las materias del bachillerato, Superar prueba de acceso >19 años. Obtención del título de Técnico Superior. Acceso al procedimiento de admisión a los estudios Universitarios de grado.	Régimen de alternancia entre el centro educativo y la empresa. Puede aplicarse a ciclos de Formación Profesional Básica, de Grado Medio o de Grado Superior.

- **Enseñanzas Artísticas y Plásticas:** tiene como fin dar una formación artística de calidad y garantizar la cualificación de los futuros profesionales de la danza, música, arte dramático, artes plásticas y diseño.
- **Enseñanza de Idiomas:** se pueden cursar en la Escuela Oficial de Idiomas. Las lenguas ofrecidas son europeas, cooficiales en el estado español y otras de interés cultural, social y económico como el árabe, chino o japonés. Estas enseñanzas ofrecen varios niveles que van desde el básico (A2) hasta el avanzado (C2) correspondiente al consejo de Europa.
- **Enseñanzas Deportivas:** se distinguen dos grados:
 - Medio: preparan al alumnado para desempeñar funciones de iniciación, conducción, entrenamiento básico y perfeccionamiento técnico de las diversas modalidades deportivas. Quedan organizadas en dos ciclos, llamados ciclo inicial o primer nivel y ciclo final o segundo nivel. Para acceder a este grado es necesario el título de E.S.O. o título equivalente a efectos académicos.
 - Superior: preparan al discente para ejercer funciones de entrenamiento, dirección de equipos, así como de deportistas de alto nivel deportivo, conducción por itinerarios con elevados niveles de dificultad en las diversas modalidades y especialidades deportivas. Se estructuran en un solo ciclo llamado ciclo de grado superior o tercer nivel. Para acceder a este grado es necesario estar en posesión del título de bachiller o equivalente a efectos académicos, o del título de técnico deportivo en la correspondiente modalidad deportiva.
- **Enseñanza de Adultos:** destinada a personas mayores de diecisiete años. Las autoridades pueden crear currículos específicos adaptados a sus necesidades, así como programas para alcanzar el título de Técnico Profesional Básico. Los estudios se pueden llevar a cabo de manera presencial o a distancia.

- **Enseñanzas universitarias:** se pueden llevar a cabo en universidades públicas o privadas. Estas enseñanzas quedan reguladas por La Ley Orgánica 6/2001, de 21 de Diciembre de Universidades y la Ley Orgánica 4/2007 de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001. Además, el Decreto 1393/2007, de 29 de Octubre, establece la ordenación de las enseñanzas universitarias con carácter oficial estructurando las mismas de acuerdo a las líneas generales ofrecidas por el Espacio Europeo de Educación Superior. Antes del Real Decreto 2007, la enseñanza universitaria se organizaba de la siguiente manera:
 - **Estudios de primer ciclo:** donde se obtenían títulos de diplomado, maestro, arquitecto técnico o ingeniero técnico.
 - **Estudios de primer y segundo ciclo:** licenciado, arquitecto o ingeniero.
 - **Estudios de segundo ciclo:** al cual se accedía mediante la posesión de estudios de primer ciclo, obteniendo el título de licenciado, arquitecto o ingeniero.
 - **Estudios de tercer ciclo:** también denominados programas de doctorado. Para poder cursarlos es necesario estar en posesión del título de licenciado, arquitecto o ingeniero.
 - **Títulos propios:** estudios no oficiales únicamente reconocidos por la universidad que los ofrece.

Pero las enseñanzas universitarias han cambiado su estructura y en la actualidad se está en fase de adaptación. Según el Decreto 1125/2003, el objeto es adaptar esta formación a los estudios universitarios del contexto europeo en cuanto a duración, métodos de aprendizaje y evaluación de las actividades académicas con el fin de promover la movilidad de los estudiantes y titulados, dando lugar a un sistema de reconocimiento y transferencia de créditos. A raíz del tratado de Bolonia la formación universitaria se estructura de la siguiente manera:

- **Grado:** formación de carácter general dirigida a la preparación para el ejercicio de actividades de carácter profesional. Existen diferentes ramas: arte y humanidades, ciencias, ciencias de la salud, ciencias sociales y jurídicas, ingeniería y arquitectura.

- **Máster:** tienen como fin la formación avanzada por parte del estudiante, con carácter especializado o multidisciplinario, orientada a la especialización profesional y académica. También impulsa la iniciación en tareas investigadoras.
- **Doctorado:** el cual desarrolla de manera avanzada las técnicas de investigación en el estudiante. Para acceder se exigen los mismos requisitos que se requieren para el acceso al Máster y en el periodo de investigación es necesario estar en posesión del título oficial de Máster u otro título expedido por una institución de Educación Superior.

II.3.3. LA EDUCACIÓN FÍSICA EN LA ACTUALIDAD

Tal y como hemos visto, la Educación Física al igual que el resto de áreas, en el actual Sistema Educativo, se encuentran en una situación de “parálisis discontinua”, en cuanto que quizá exista una barrera entre lo que se pretende transmitir y lo que se debe interpretar, entre lo que se intenta mostrar y lo que se muestra en realidad, definiendo dicha barrera en el plano de la reflexión docente a veces insuficiente, por falta de tiempo debido a la “*educracia*” (burocracia que obstaculiza la educación), cada vez más frecuente en los centros educativos, o simplemente por una falta de identificación con lo que la administración presupone, que produce un vacío de experiencias de interés para el profesorado (Prieto, 2014).

A pesar de ello, a través de la Educación Física en el ámbito educativo, se persigue fomentar hábitos de vida saludable al mismo tiempo que desarrollar la competencia motriz orientada a la puesta en práctica de procesos, conocimientos y actitudes motrices para la realización de actividades y ejercicios físicos. A modo de resumen y con el fin de no extendernos en este apartado, vamos a plasmar en una tabla los bloques de contenidos que se imparten en esta asignatura tanto en la etapa de Primaria (borrador anexo I Orden Primaria 16/07/2014) como la de Secundaria, así como los contenidos que se desarrollan en cada uno.

Tabla II.11. Relación de bloques de contenidos de Educación Primaria y Secundaria según la Orden.

BLOQUES DE CONTENIDOS DE EDUCACIÓN FÍSICA EN EDUCACIÓN PRIMARIA	
Bloque 1: “El cuerpo y sus habilidades motrices”.	Desarrolla los contenidos básicos de la etapa que servirán para posteriores aprendizajes más complejos donde seguir desarrollando una amplia competencia motriz, accediendo a prácticas más complejas y motivadoras. Se trabajará la autoestima y el autoconocimiento de forma constructiva y con miras a un desarrollo integral del alumnado.
Bloque 2: “La Educación Física como favorecedora de la salud”.	Está centrado en la consolidación de hábitos de actividad saludable, de protocolos de seguridad antes, durante y después de la actividad física y en un desarrollo de reflexión cada vez más autónoma frente a hábitos perjudiciales. Este bloque tendrá un claro componente transversal.
Bloque 3: “La Expresión Corporal: expresión y creación artística motriz”.	Expone contenidos referidos al uso del movimiento para comunicarse y expresarse de la misma forma que priman la creatividad e imaginación en las propuestas de los propios alumnos como índice de un adecuado desarrollo competencial motriz.
Bloque 4: “El juego y deporte escolar”.	Desarrolla contenidos que ayudarán a plantear situaciones en las que se deben dar unas respuestas motrices, como la realización de diferentes tipos de juegos y deportes entendidos como manifestaciones culturales y sociales de la motricidad humana. El juego, además de ser un recurso recurrente dentro del área, tiene una dimensión cultural y antropológica.
BLOQUES DE CONTENIDOS DE EDUCACIÓN FÍSICA EN EDUCACIÓN SECUNDARIA	
Bloque 1: “Condición Física y Salud”.	El calentamiento y su significado en la práctica de la actividad física. Ejecución de juegos y ejercicios apropiados para el calentamiento. Valoración del calentamiento como hábito saludable al inicio de una actividad física. Realización de actividades de baja intensidad en la finalización de la actividad física. Condición física. Cualidades físicas relacionadas con la salud. Acondicionamiento físico a través del desarrollo de las cualidades físicas relacionadas con la salud. Ejercitación de posiciones corporales adecuadas en la práctica de actividades físicas y en situaciones de la vida cotidiana. Fortalecimiento de la musculatura de sostén mediante ejercicios de movilidad articular y de relajación. Atención a la higiene corporal después de la práctica de actividad física.
Bloque 2: “Juegos y Deportes”.	El deporte individual y colectivo como fenómeno social y cultural. Ejecución de habilidades motrices vinculadas a acciones deportivas. Realización de gestos técnicos básicos e identificación de elementos reglamentarios de un deporte individual. Las fases del juego en los deportes colectivos: concepto y objetivos. Realización de juegos y actividades en que prealezcan aspectos comunes de los deportes colectivos. Aceptación del propio nivel de ejecución y disposición a su mejora. Valoración de las actividades deportivas como una forma de mejorar la salud. Respeto y aceptación de las reglas de las actividades, juegos y deportes practicados.
Bloque 3: “Expresión Corporal”.	El cuerpo expresivo: postura, gesto y movimiento. Aplicación de la conciencia corporal a las actividades expresivas. Experimentación de actividades expresivas orientadas a favorecer una dinámica positiva del grupo. Combinación de distintos ritmos y manejo de diversos objetos en la realización de actividades expresivas. Disposición favorable a la desinhibición en las actividades de expresión corporal.
Bloque 4: “Actividad Física en el Medio Natural”.	Las actividades físico-deportivas en el medio natural: tierra, aire y agua. Realización de recorridos a partir de la identificación de señales de rastreo. Aceptación y respeto de las normas para la conservación del medio urbano y natural.

II.4. HÁBITOS DE VIDA

En el ámbito de la actividad física, cuando nos referimos a hábitos de vida, tratamos de indicar aquellas pautas positivas que no interfieran negativamente sobre la calidad de vida de los practicantes. En este capítulo mostraremos que es la salud así como aquellos aspectos negativos que pudiesen condicionar la realización de actividad física.

II.4.1. CONCEPTO Y APROXIMACIÓN HISTÓRICA DE SALUD

Antes de profundizar en el concepto “*hábito de vida*” consideramos necesario realizar una leve aproximación a un concepto que está íntimamente relacionado al anterior: **estilo de vida**; este concepto surge a finales del siglo XIX, desde una perspectiva sociológica, donde los factores sociales son los determinantes para adoptarlo (Fuentes-Justicia, 2011).

En el ámbito de la Psicología el término fue introducido por Wilken en 1927 y, más recientemente, por Adler en 1973 con su teoría de la Psicología Individual, en donde se recogía que: “*el estilo de vida es un patrón único de conductas y hábitos con los que el individuo busca alcanzar un estado de superioridad*” (Márquez-Rosa, 2010).

Con el comienzo del nuevo siglo se produce una interacción entre la sociología, la medicina y la psicología acerca de este término: “*el acelerado incremento de pacientes con enfermedades crónicas derivadas, en gran medida por estilos de vida poco saludables*” (Gutiérrez-San Martín, 2000).

Son numerosas las acepciones de este concepto. Así, haciendo un recorrido cronológico Henderson, Hall y Lipton (1980) lo definirían como “*el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona*”.

En la misma línea, Mendoza y Sagrera (1990) consideran el estilo de vida como “*el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo*”. En ambas definiciones aparece el concepto de conducta o comportamiento y los hábitos frecuentes en la vida de las personas.

Una visión más holística la encontramos en Mendoza, Sagrera y Batista (1994) los cuales aluden a cuatro grandes tipos de factores como determinantes del estilo de vida de una persona:

- Las características individuales, genéticas o adquiridas de un individuo.

- Las características del entorno microsociaL en que se desenvuelve el individuo (vivienda, familia, escuela, etc.).
- Los factores macrosociales, que influyen directamente sobre los anteriores (el sistema social, la cultura predominante, los medios de comunicación, etc.).
- El medio físico geográfico.

Para Generelo (1996) *“un estilo de vida no es la negación de un hábito o la evitación de una conducta... el cual se estructura a partir de un conjunto de conductas que generan en el sujeto un interés, un atractivo intrínseco, preferentemente, que favorecen que estas permanezcan como alternativa a otros patrones o estilos de vida que consideramos no saludables”*.

Acercándonos al ámbito de la salud, podemos establecer que a pesar de no existir una definición unánime, la mayoría de los autores definen los **estilos de vida saludables** como un *“conjunto de patrones conductuales que poseen repercusiones para la salud de las personas”*. En lo que ya no todos coinciden es si estos patrones conductuales son elegidos voluntaria o involuntariamente por las personas. Por tanto, por estilos de vida saludables podemos entenderlos como patrones conductuales, aprendidos o asimilados consciente o inconscientemente, que benefician la salud de los individuos.

Rueda (2011), afirma que es *“una construcción compleja y multifactorial sobre la que pueden desarrollarse algunas formas de medida objetivas a través de una serie de indicadores, pero donde tiene un importante peso específico la vivencia que el sujeto pueda tener de sí mismo”*.

Grimaldo (2012), afirma que *“es como un constructo que involucra una serie de factores psicológicos, sociales, culturales y hasta económicos que tienden a mantener un adecuado estado de salud física y mental”*.

Tras lo expuesto anteriormente, podemos definir estilo de vida como *“el conjunto de comportamientos conscientes e involuntarios que practica habitualmente una persona durante su vida”*. En los primeros años son moldeados por la influencia de los padres. Posteriormente recibe una serie de influencias en el ámbito escolar, tanto de profesores como de grupos de amigos.

Llegados a este punto, conviene dedicar unas líneas al concepto de **calidad de vida**. Levi y Anderson (1980), lo definen como “*una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como la percibe el individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa; e influyen en la misma aspectos tan variados como la salud, el matrimonio, la familia, el trabajo, la vivienda, la situación financiera,...*”

Por este motivo, coincidimos con Aztarain y De Luis, (1994) al interpretar que una persona tiene “*buena calidad de vida*”, de forma orientativa, cuando se encuentra libre de cualquier trastorno psíquico o físico, y mantiene el máximo de autonomía, acorde con su edad y el medio socioeconómico y cultural en el que vive. Esto surge de la interacción entre las condiciones de vida y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y personales.

En un sentido más amplio del concepto, estas definiciones hacen referencia a unos *indicadores de salud* englobados para Dennis, Williams, Giangreco y Cloninger (1994) en dos enfoques de investigación:

- **Enfoque cuantitativo**, cuyo objetivo es operativizar la calidad de vida, comprendiendo los siguientes indicadores: **Sociales** (hacen referencia a las condiciones del entorno), tal como la salud, el bienestar social, la amistad, la vivienda, etc; **Psicológicos** (se refieren a las reacciones subjetivas) y **Ecológicos** (miden el ajuste entre los recursos de los individuos y las demandas del contexto).
- **Enfoque cualitativo**, donde el objetivo radica en el análisis del relato de sus experiencias.

En la misma línea, Maslow, citado por Racionero (1986), establecería una jerarquía de necesidades, organizando los indicadores de calidad de vida en cuatro campos:

- **Seguridad personal**: incluye la cobertura de las necesidades biológicas del cuerpo y sus indicadores económicos; así como indicadores de protección, seguridad y salud.

- **Ambiente físico:** indicadores de este tipo hacen referencia al ambiente urbano: polución, ruido, congestión, desplazamientos. También tienen una clara relación con la salud.
- **Ambiente social:** hace referencia a la pertenencia a grupos, amistades, afectos...
- **Ambiente psíquico:** incluye indicadores sobre la necesidad de autorrealización o libertad para el pleno desarrollo de talentos y capacidades de la persona.

Más recientemente, Rueda (2011) desarrollaban su teoría en base a las siguientes variables:

- **Contexto de salud:** en su aspecto médico, comunitario, existencial y de calidad.
- **Interacción social:** en su contexto ambiental y económico en lo referente a la calidad de los recursos.
- **Marco ideológico:** el cual influye en la percepción de las anteriores variables.

En otras palabras, aunque con una visión más global del término, para Petkari (2010) el concepto de calidad de vida refleja claramente su perspectiva multidimensional atendiendo a dos ámbitos: la objetiva y la subjetiva.

Por tanto conviene mencionar que son numerosos los autores que han enfocado su investigación al abordaje de la calidad de vida relacionada con la salud, consciente de la estrecha relación entre este término y calidad de vida, como señalan Fuentes-Justicia, 2011; Cañedo, Mendoza, Salomé y Juárez (2015).

Por lo que un hábito debe crecer y reforzarse por medio de la repetición; para una mejor comprensión del término, este autor lo hace a través de una representativa comparación con un árbol que va extendiendo sus ramas y raíces cada vez más lejos, de forma que vaya adquiriendo una mayor fuerza y vitalidad que contrarreste con mayor resistencia los obstáculos de la vida. Al mismo tiempo, establece que los principales factores del crecimiento de un hábito son:

- El **número de repeticiones**, dado que cada repetición fortalece la disposición producida por el ejercicio anterior.

- Su **frecuencia**: un intervalo muy prolongado de tiempo hace que la disposición se debilite mientras que uno muy corto no ayuda a que haya suficiente reposo, lo cual produce fatiga orgánica y mental.
- Su **uniformidad**: el cambio debe ser lento y gradual y los elementos nuevos deben añadirse poco a poco.
- El **interés** que se pone en las acciones, el deseo de tener éxito y la atención que se da.
- El **placer** que resulta o el sentimiento de éxito con el que se asocia la idea de la acción.

En este sentido, autores como Revuelta y Esnaola (2011) y Frigia (2013), señalan que es muy importante incidir sobre la adquisición de valores saludables en los adolescentes, para que prolonguen estos en su etapa adulta.

Por lo que podemos establecer que, tal y como apunta Pérez-López y Devís (2003), para generar un hábito es necesaria la interrelación entre motivaciones, actitudes y conducta. Así pues “*se puede decir que la actitud es el preámbulo de una conducta y que cuando esta se lleva a cabo con cierta asiduidad a lo largo del tiempo, constituye un hábito*” (Delgado y Tercedor, 2002).

Casimiro (1999) manifiesta que es “*evidente que el niño o el joven no vive dentro de una burbuja impermeable en un compartimento estanco, sino que vive inmerso en un medio social, con sus costumbres y normas, con las que interactúa a través del proceso de socialización*”. Los niños van a aprender determinados comportamientos, valores y actitudes, a través de diferentes factores que influyen en su proceso de socialización (Torre-Ramos, 1998).

En cuanto al concepto de **salud**, son numerosos los intentos por establecer una definición. Hasta 1946, era entendido como la *ausencia de enfermedad física*, donde el principal responsable de eliminar esta enfermedad era el médico, existiendo un papel pasivo del enfermo a lo largo de su etapa evolutiva.

A partir de 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS) aporta una perspectiva más integral, considerando la misma como *“el estado de bienestar completo -físico, psíquico y social- y no la simple ausencia de enfermedad o invalidez”*.

Más recientemente Piédrola-Gil (2008), entiende la salud como un proceso dinámico y adaptativo del hombre al medio que le rodea tanto natural como socio cultural, el cual está influenciado por múltiples factores, denominados: *“Determinantes de la salud”*; estableciendo cinco niveles:

- **Nivel 1:** Determinantes biológicos, físicos y psíquicos.
- **Nivel 2:** Determinantes de estilo de vida.
- **Nivel 3:** Determinantes ambientales y comunitarios.
- **Nivel 4:** Determinantes de ambiente físico, climático y contaminación ambiental.
- **Nivel 5:** Determinantes de estructura macrosocial, política y percepciones poblacionales.

Para concluir este apartado, Fuentes-Justicia (2011), postula en su trabajo de tesis doctoral que *“la salud resulta del equilibrio dinámico entre los diferentes ámbitos de la persona, de forma que cualquier alteración o desequilibrio en alguno de ellos provocará alteraciones en los demás, por lo que es necesario, atenderla de manera integral, atendiendo a todos y cada uno de los componentes de la persona para conseguir el estado óptimo de salud”*.

II.4.2. HÁBITOS DE VIDA EN LA SALUD

Para Vickery y Fries (1981), cada persona puede hacer por sí mismo mucho más que cualquier médico, ya que consideran que *“el tabaco, el sedentarismo, el alcohol, obesidad, drogas y accidentes se combinan entre sí, constituyendo los factores más determinantes de la salud presente y futura de una persona, siendo todos ellos controlables por uno mismo”*.

Pérez-López y Delgado (2013) añaden que es fundamental promulgar una alimentación correcta, una actividad física adecuada y unas pautas de descanso regulares y apropiadas.

En esta línea, Córdoba, Carmona, Terán y Márquez (2013) entre el elenco de elementos que constituyen un estilo de vida destacan los siguientes: alimentación, actividad física, el tiempo y calidad de sueño, el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, las actividades de cuidado de la salud, el uso de artefactos de protección específica (uso de cinturón de seguridad, uso del casco...), la jornada laboral, las actividades recreativas, las relaciones interpersonales, las practicas sexuales...

No obstante, y a pesar de esta multiplicidad de factores influyentes en estilos de vida, existe un consenso avalado por la investigación científica, mediante el cual podemos identificar una conducta como saludable, por ejemplo, la práctica de actividad física moderada o, por el contrario, no saludable, como el consumo de sustancias tóxicas.

II.4.2.1. Relación de la salud con la actividad física

En la sociedad actual, gracias a las comodidades que nos proporcionan los avances tecnológicos los seres humanos nos estamos volviendo cada vez más cómodos e inactivos, al tiempo que experimentamos mayores niveles de estrés en el cuerpo y mayores problemas de salud como consecuencia de la inactividad física.

Dicha inactividad le pasa factura tanto a nuestro cuerpo, favoreciendo la aparición de enfermedades y empeorando nuestra calidad de vida, como al sistema sanitario, pues muchas enfermedades se podrían combatir simplemente adoptando hábitos de vida saludables, como una buena alimentación y práctica regular de actividad física.

Dicho de otra manera, nos hacemos eco de las palabras de Fuentes-Justicia (2011) al postular que *“la obesidad, el estrés, el sedentarismo y el consumo exagerado de alcohol, tabaco y drogas, junto con la motorización, constituyen los pilares sobre los que se apoya el sistema de vida de los ciudadanos modernos que, a la vez que les permite disfrutar de algunos placeres, les produce una forma típica de enfermedad y*

muerte”. Sigue diciendo que “...*esta manera de vivir y la sociedad tan agitada en que nos desenvolvemos, desencadena una enorme tensión o estrés*”.

En el informe elaborado por la OMS (2013), se aportan datos preocupantes, destacando entre ellos:

- La inactividad física ocupa el cuarto lugar entre los principales factores de riesgo de mortalidad a nivel mundial.
- Aproximadamente 3,2 millones de personas mueren cada año debido a la inactividad física.
- La inactividad física es uno de los principales factores de riesgo de padecer enfermedades no transmisibles (ENT), como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes.
- La actividad física tiene importantes beneficios para la salud y contribuye a prevenir las ENT.
- A nivel mundial, uno de cada tres adultos no tiene un nivel suficiente de actividad física.

Al mismo tiempo, Sánchez-López et al. (2014) alude que la actividad física regular se asocia a beneficios no solo para la salud física, sino para la salud mental y social de niños y adultos. Como hemos mencionado anteriormente, los niños activos tienen menos riesgo de enfermedades cardiovasculares, mayor densidad mineral ósea, más autoestima y menor frecuencia de depresión que los niños sedentarios (Specker y Vukovich, 2007).

En este sentido, centrándonos en la importancia de la actividad física para la prevención y/o tratamiento de problemas psicológicos como la depresión, consideramos oportuno hacer referencia a un estudio de reciente publicación (Almagro, Dueñas y Tercedor, 2014) donde se postula que la actividad física se utiliza como remedio para combatir enfermedades fisiológicas (hipertensión, diabetes,...), pero no se le da tanta importancia para combatir enfermedades mentales, como la depresión. Concluye que una práctica adecuada de actividad física, propiciará que se reduzca la probabilidad de padecer

depresión, al mismo tiempo que la actividad física se asocia positivamente con la salud mental, ejerciendo una función preventiva.

Conviene apuntar que las personas que son físicamente activas en la infancia tienden a seguir siéndolo en la vida adulta (Twisk, Kemper y Van Mechelen, 2000), considerando niños activos todos aquellos que alcanzan un mínimo de 60 minutos de AF de moderada-vigorosa intensidad todos o casi todos los días de la semana (Sirard y Pate, 2001).

De otro lado, la inactividad física está aumentando en muchos países, lo que incrementa la carga de enfermedad no transmisible y afecta a la salud general en todo el mundo. Las personas con un nivel insuficiente de actividad física tienen entre el 20% y el 30% más de riesgo de muerte que las personas que realizan al menos 30 minutos de actividad física moderada la mayoría de días de la semana (Oviedo et al., 2013).

Las razones de esta inactividad física son postuladas por muchos autores. Para Casimiro (1999), en el mundo adulto, la falta de actividad física utilitaria se debe, en parte, a que nuestros miembros inferiores han visto frenada su utilización desde la incorporación de los medios de locomoción motorizados, escaleras mecánicas, ascensores, etc., al igual que ha sucedido en los miembros superiores con la incorporación a las casas de aspiradores, lavavajillas y lavadoras.

Según Fuentes-Justicia (2011), debido a la revolución industrial y tecnológica que se produjo en el siglo XX, nos volvimos cada vez más sedentarios, con lo cual, la tendencia es hacer cada vez menos actividad.

De hecho, como veremos a continuación, es reconocido el sedentarismo por muchos investigadores del ámbito de la actividad física y la salud como un factor de riesgo por sí mismo, igual que lo son el tabaquismo, la obesidad... Por eso es muy importante concienciar a las personas de la importancia de la práctica de actividad física a cualquier edad.

Para concluir este apartado citamos a Salazar, Feu, Vizuete y De la Cruz (2013) que aportan una completa revisión de los beneficios de la práctica regular de actividad física

centrándose principalmente en el ámbito psicológico y social. En relación al primero de ellos, alude a la mejora de la autoestima, la autosatisfacción corporal y el estado de ánimo en general, disminuyendo la ansiedad y depresión. Además, la tercera dimensión de la salud, tiene que ver con la actividad social que provee la práctica deportiva y física en las personas al ponerlas en contacto con otros individuos.

II.4.2.2. Influencia de los hábitos de vida

Comentamos anteriormente que se puede utilizar de forma sinónima conceptos como “*hábitos de vida*”, “*estilo de vida*” y “*estilo de vida relacionado con la salud*” al hacer referencia a conductas habituales que ejercen una influencia en la salud de los individuos tales como el consumo de drogas, la cantidad y calidad de actividad física, la alimentación, el descanso, etc.

Por tanto, la manera de vivir de las personas, promueve el desarrollo de patrones de conducta que pueden ser beneficiosos o dañinos para la salud, por lo que considerar la influencia que ejercen los estilos de vida en el marco de la promoción de la salud es vital para generar condiciones de vida factibles y apropiadas (Pérez-López y Delgado, 2013).

A continuación, vamos a proceder a delimitar la influencia negativa que sobre la salud tienen diversos hábitos, centrándonos principalmente en el sedentarismo y el consumo de tabaco y alcohol, ya que constituyen los factores más determinantes de la salud presente y futura de una persona, siendo todos ellos controlables por uno mismo.

II.4.2.2.1. SEDENTARISMO

Las actividades que requieren esfuerzo físico se han hecho cada vez más pasivas, nuestros hábitos de vida son cada vez más sedentarios y la mayor parte de nuestras horas libres, tanto adultos como niños, son ocupadas por la televisión, videojuegos, ordenadores, etc. contribuyendo a un aumento del sedentarismo de la población, tanto en la jornada laboral, como en sus desplazamientos y en el tiempo libre.

El sedentarismo es considerado, desde el ámbito de la salud pública, como una de las pandemias del S.XXI y, por lo tanto, uno de los focos de atención de la Organización Mundial de la Salud. Desde ese mismo ámbito, es indudable el importante papel que la actividad físico deportiva tiene como medio de prevención y mejora del desarrollo de enfermedades vinculadas al mismo (Martínez de Haro, Pareja, Álvarez, Del Campo, Cid-Yagüe y Muñoa-Blas, 2011).

Asimismo, en las sociedades desarrolladas la inactividad física constituye un serio problema debido a sus repercusiones negativas (enfermedades cardiovasculares, obesidad, diabetes tipo II, diversos tipos de cáncer, etc.) sobre el bienestar y la salud pública (Varo, Martínez y Martínez, 2003; Physical Activity Guidelines Advisory Committee, 2008), cabiendo señalar que, en la actualidad, estas patologías son cada vez más frecuentes en la población infantil (Shaya, Flores, Gbarayor, y Wang, 2008).

Este fenómeno es uno de los factores que más influencia tiene en la cantidad y calidad de vida de las personas (Moreno-Murcia, Martínez y Alonso, 2006), favoreciendo la aparición de trastornos en el plano fisiológico y psicológico de las personas (Santos, 2005).

En esta misma línea Salazar et al. (2013) apuntan que *“la disponibilidad de alimentos hipercalóricos de elaboración rápida y costes relativamente bajos, junto con una reducción de la ejercitación física y un aumento alarmante del sedentarismo, favorecen que la obesidad sea uno de los principales condicionantes de la salud de nuestra sociedad”*.

La obesidad es una enfermedad que, a nivel mundial, ha sufrido un aumento explosivo en los últimos 20 años (Atlantis, Barnes, y Singh, 2006). Las causas asociadas a la obesidad son diversas: género, raza, entorno social (Kumanyika y Grier, 2006), nivel socioeconómico, nivel de sedentarismo (Menifield, Doty y Fletcher, 2008), horas frente al televisor (Eisenmann, Bartee, Smith, Welk y Fu, 2008) y genética (Andreasen y Andersen, 2009), por mencionar algunas, existiendo una estrecha relación entre el grado de obesidad, el nivel de actividad física (Guerra et al., 2006) y el tipo de alimentación (Bray, Nielsen y Popkin, 2004).

El sedentarismo preocupa especialmente en los sectores más jóvenes de la población, pues niños y adolescentes se encuentran en una etapa fundamental para la adquisición de hábitos de vida saludables y activos, del mismo modo que pueden ser los protagonistas de un cambio futuro hacia una sociedad más activa (Beltrán, Devis y Peiró, 2012).

Tanto a nivel mundial (Zarocostas, 2011), como en el caso particular de España, existe una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población preescolar y escolar (Casimiro, 1999; Casado, 2001; Martín, Tercedor, Bravo, Chillón y Pérez, 2007) que, sumado al elevado nivel de sedentarismo, aumenta considerablemente el riesgo de que estos niños puedan llegar a ser obesos cuando sean adultos (Whitaker, Wright, Pepe, Seidel, y Dietz, 1997).

En nuestro país, los datos no son menos alarmantes; hay muchos estudios que demuestran la reducción de práctica sistemática de actividad física y deportiva entre la población en general y en la adolescencia y juventud en particular. Nos gustaría presentar dos de ellos que nos parecen muy significativos. Por un lado, el estudio coordinado por Mendoza (2000) llevado a cabo en 24 países europeos con una muestra de adolescentes de 11 a 17 años, en el que se concluye que los adolescentes españoles son los más sedentarios de toda Europa. Por otro lado, García-Ferrando (2001) nos muestra que el 43% de población española de 15 a 24 años no practica deporte alguno.

Por este motivo, responsables y expertos de distintos países en materia de salud consideran un objetivo prioritario de salud pública la promoción de la actividad física en los jóvenes (Welk, Corbin y Lewis, 1995).

Por otro lado, los beneficios de la actividad física (Pedersen y Saltin, 2006) y una alimentación saludable para prevenir y tratar las enfermedades crónicas, se encuentran bastante consolidados y sus datos son concluyentes (Roberts y Barnard, 2005), del mismo modo que la actividad física tiene un rol fundamental en la prevención y el control de la morbilidad y la mortalidad prematura causada por las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Algunos datos arrojados en el estudio de Henríquez (2009) resultan más que preocupantes; En el año 2001, las ECNT causaron aproximadamente un 60% del total de 56,5 millones de defunciones

notificadas en el mundo y un 46% de la carga mundial de morbilidad (OMS, 2002). Para el año 2020, las ECNT representarán casi las tres cuartas partes del total de muertes del planeta (OMS, 2004). Se cree que el 71% de las defunciones por cardiopatía isquémica, el 75% por accidentes cerebro-vasculares y el 70% por diabetes tipo II del mundo, ocurrirán en países en desarrollo (OMS, 1998).

La alarmante proliferación de las enfermedades crónicas modernas, especialmente la obesidad, llevan a generar herramientas y estrategias para prevenir su expansión, poniéndose en marcha desde diferentes estamentos programas para prevenir y controlar esta situación. Varios países han implementado diversos programas de educación para la prevención de la obesidad (Stone, McKenzie, Welk y Booth, 1998; Veugelers y Fitzgerald, 2005; Kain et al., 2005; Martínez-Gómez et al., 2009), con resultados realmente esperanzadores. Otros estudios han observado una beneficiosa relación costo-económico/efectividad, concluyendo que los niños que completan más de un 40% de un programa para reducir el peso corporal, reducen su porcentaje de grasa a un bajo coste económico (Wang et al., 2008).

Finalmente, promover tempranamente hábitos de vida saludable en las escuelas tanto en la población infantil como en la adolescente (Downey y Boughton, 2007), es de gran importancia, con objeto de controlar el aumento de peso y su efecto sobre la génesis de diversas enfermedades, como en el caso de la obesidad, dando énfasis principalmente a la educación en actividad física y una alimentación saludable durante este periodo crítico.

Por tanto, es evidente que debe ser una prioridad llevar a cabo programas de intervención basados en la promoción de la actividad física como hábito de vida saludable, donde los centros educativos se convierten en un espacio privilegiado, especialmente a través de la asignatura de Educación Física y las actividades extraescolares. En este sentido nos hacemos eco de las palabras de Sánchez-Bañuelos (2000) al señalar que *“tanto las tendencias actuales, como las perspectivas de futuro, apuntan en una dirección en la cual la Educación Física tiene que poseer un componente muy importante de Educación para la Salud”*.

Las recomendaciones de práctica de AF para jóvenes son ampliamente utilizadas para orientar un estilo de vida activo y saludable. Diversos organismos, como el Ministerio de Sanidad del Reino Unido, Centers for Disease Control and Prevention de los Estados Unidos y el Ministerio de Sanidad y de la Tercera Edad de Australia y diferentes expertos (Biddle y Fox, 1998; Cavill, Biddle y Sallis, 2001), señalan que los niños, niñas y adolescentes deben realizar al menos 60 minutos (y hasta varias horas) de actividad física de intensidad moderada a vigorosa todos o la mayoría de los días de la semana (Abarca et al., 2010).

II.4.2.2.2. TABACO

Fumar es un riesgo que genera enfermedades crónicas y es una de las principales causas de muerte en los países desarrollados. En concreto, en España es el factor más desencadenante de enfermedad, invalidez y muerte. Ya en el 2006 se produjeron en España 53.155 muertes atribuibles a esta droga en individuos de 35 años de edad, siendo el 25,1% varones y el 3,4% mujeres; y más de seis millones en el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2010).

A pesar de ello, el tabaco es socialmente aceptado como una actividad social normal (Pérez-Milena, Martínez-Fernández, Redondo-Olmedilla, Nieto, Pulido y Gallardo, 2012), estando los rangos de consumo en adolescentes muy elevados.

Entre las enfermedades más graves provocadas por el consumo de tabaco se puede destacar el cáncer, dificultades en el embarazo y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Los factores asociados al consumo de tabaco se pueden clasificar en tres categorías (Yañez, et al., 2013):

- **Factores individuales:** de carácter intrínseco, incluyendo aspectos cognitivos, emocionales y biológicos.
- **Factores correspondientes al contexto:** se refiere a las actitudes y comportamientos llevados a cabo por los familiares y el grupo de iguales, causando una gran influencia en el adolescente.

- **Factores socio-culturales:** son aquellos que hacen que el tabaquismo esté mal considerado como hábito para la salud, llegando a establecer leyes en la sociedad que prohíben su consumo en determinados espacios.

Además, el tabaco afecta a otra serie de variables, como un descenso en el rendimiento académico (O'Loughlin, Karp, Koulis, Paradis y DiFranza, 2009), un aumento hacia el consumo de otras drogas, como puede ser el cannabis (Gómez, Barrueco, Maderuelo, Aparicio y Torrecilla, 2008) y un deterioro en las relaciones familiares.

Por otra parte, fumar crea una adicción física y psicológica, suponiendo una conducta aprendida y, por ende, una dependencia a nivel social. Ello significa que, superar esta adicción a la nicotina implica la toma de fármacos así como recibir ayuda psicológica con objeto de desaprender tal conducta. Se calcula que un 70% de la población se persona en su médico de familia una vez al año y que las personas que fuman acuden con una frecuencia mayor.

Queda patente que es necesario controlar los principales factores de riesgo (grupo de iguales y familia), los cuales ejercen una influencia decisiva en el consumo del tabaco, así como el entorno sociocultural (Alfaro, Sánchez, Andrade, Pérez y Montes, 2010).

II.4.2.2.3. ALCOHOL

Al igual que ocurre con el tabaco, el consumo de alcohol en España es una de las principales causas prevenibles de mortalidad y morbilidad. Esta sustancia es el tercer factor de riesgo de enfermedad y muerte prematura, detrás del tabaquismo e hipertensión arterial.

Por otra parte, el alcohol genera más de sesenta tipos de enfermedad, así como importantes prejuicios sociales, emocionales y mentales, entre los que destacan la criminalidad y violencia, suponiendo un gran gasto económico para la sociedad (Córdoba et al., 2014).

En 2004, en nuestro país hubo 8.391 muertes relacionadas con el alcohol, lo que significa un 2,3% de mortalidad en dicho año y un 9,2% de morbilidad.

El consumo de alcohol está muy presente en la adolescencia (Laespada y Elzo, 2007). En esta fase de transición de la infancia a la adultez, el individuo se siente miembro y partícipe de una “*cultura de edad*”, donde generan sus propios valores, modas y comportamientos, llegando a crear una identidad personal (Woolfolk, 2008).

Así, el consumo de alcohol en grupos está conformándose como parte de la cultura juvenil, constituyendo un espacio simbólico, común y compartido, reflejando unos valores y normas colectivas. Ello supone un gran problema de salud pública, que se ha visto agravado por el consumo explosivo de tipo episódico en los ya famosos botellones, donde se beben grandes cantidades durante el fin de semana (Villarreal-González, Sánchez-Sosa, Musitu y Varela, 2012). Se estima que en estas concentraciones se bebe una media de cinco copas (Choquet, 2010).

La edad con la que los adolescentes comienzan a beber se sitúa entre los 13 y 14 años, edad que se corresponde a la edad de inicio en el resto de Europa (Elzo, 2010).

Además, se ha demostrado que el consumo de bebidas alcohólicas es un factor de riesgo para el consumo de otro tipo de drogas (Natera, Juárez, Mora y Tiburcio, 2007). El hecho de empezar a consumir alcohol en edades tempranas, además de suponer un gran peligro para la salud individual y pública, aumenta la posibilidad de mantener o incrementar esta conducta en la etapa adulta (Villarreal-González, Sánchez y Musitu, 2013).

Por ello, al igual que se comentó en el apartado anterior del tabaco, es imprescindible que la familia transmita un ejemplo adecuado a sus descendientes, con objeto de adquirir hábitos saludables y no perjudiciales, y así sentar unas bases adecuadas de cara a la etapa adulta (Ruiz-Juan et al., 2008).

II.5. FAMILIA Y ASPECTOS PSICOSOCIALES

El interés por la familia en la psicología social ha tenido una larga historia. Pese a la pertinencia de considerar la familia como objeto de estudio psicosocial, hasta los años setenta y ochenta del pasado siglo, gran parte de la psicología social formal se había desarrollado a partir de interacciones sociales creadas artificialmente.

La universalidad de la familia como hecho e institución social hacen necesaria una definición que aúne esta con la pluralidad de sus formas. Partiendo de una definición básica próxima a la biología, como elemento de irrevocabilidad de la familia, se enlaza con la heterogeneidad social de sus formas. En definitiva, al afrontar la definición de familia nos encontramos con que matrimonio y familia se han desligado de su equivalencia tradicional, y que los aspectos biológicos y culturales de la familia nos conducen a la relación indisoluble entre naturaleza y cultura.

Profundizaremos también en el estudio de las teorías sociológicas más importantes y su comprensión de la familia, haciendo un recorrido desde el funcionalismo, la teoría del conflicto, las teorías evolutivas, el interaccionismo simbólico, la teoría del intercambio social, etc. hasta las teorías posmodernas.

II.5.1. LA FAMILIA: CONCEPTO Y TIPOS

Musitu (2003), conceptualiza el término familia como “*un sistema, inmerso a su vez en sistemas sociales más amplios*”.

Se pretende destacar que la familia como grupo social merece ser objeto de estudio de pleno derecho dentro de la orientación psicosocial. Se trata de un grupo social primario, valorado en distintas encuestas europeas como una de las áreas más importantes de la vida de las personas, erigiéndose como uno de los principales contextos sociales del desarrollo humano y, en consecuencia, como uno de los principales predictores del ajuste psicosocial de la persona. Este hecho y la necesidad de comprenderlo en profundidad y de construir programas efectivos de prevención de problemas familiares (violencia, maltrato, negligencia o abusos), son razones suficientes para hablar de una psicología social de la familia.

En la actualidad, los marcos conceptuales que se siguen utilizando para el estudio y reflexión sobre la familia configuran un panorama teórico caracterizado por la pluralidad. Para examinar las diferentes alternativas teóricas en el estudio de la familia, seguimos esencialmente la clasificación desarrollada en el trabajo de García y Musitu (2001) o el Fresno (2007), en la que se proponen categorías organizativas en función de

los temas familiares que tratan (estructura, función, sistema o interacción) y del criterio epistemológico (más o menos cercanas al positivismo y al reduccionismo o al pospositivismo y al holismo) como se puede apreciar en la siguiente tabla:

Tabla II.12. Propuestas teóricas sobre la familia.

<p>Funcionalismo, teoría del conflicto y evolutiva.</p>	<p>Se caracterizan por apelar a fuerzas estructurales que ejercen su influencia sobre individuos y familias. Todas ellas, como teorías modernas, postulan que las personas son afectadas de forma extrema por fuerzas ajenas a ellas de tal forma que acaban por condicionar si no determinar, dependiendo de la teoría, el comportamiento humano. En definitiva, las familias y sus miembros están determinados en su organización, pensamientos y acciones por fuerzas superiores -estructurales y naturales- a ellos, que imponen el cambio, el equilibrio o el conflicto. Dejando un margen reducido y débil a las personas frente a poderosas fuerzas sociales ajenas a ellos.</p>
<p>Interaccionismo simbólico y teoría del intercambio social</p>	<p>Recuperan a las personas y las familias para devolverles un protagonismo y un control negado por las tres teorías previas. Las personas y las familias son las que crean y deciden su comportamiento en la interacción con otros individuos y el medio externo a partir de sus creencias y sentimientos. Ambos desembocan en la idea común de la búsqueda de la comprensión de la respuesta por el comportamiento de las personas y familias. En definitiva, la capacidad de las personas para dar sentido y significado a sus comportamientos.</p>
<p>Las teorías evolutivas, estructural funcionalista, del conflicto, del intercambio y de la interacción simbólica.</p>	<p>Pueden ser consideradas como teorías modernas ya que sus premisas básicas se enraízan en la Ilustración. A la sociología se le adjudica la carta de nacimiento hacia la mitad del siglo XIX con la obra de Auguste Comte, reconocido como el padre de la sociología. Comte y sus seguidores intelectuales tenían la certidumbre de que la vida social está gobernada por leyes naturales y que el mundo real tiene una estructura, normas, patrones y consistencia que pueden ser aprehendidas por medio de teorías. Gracias a ellas, el orden social natural puede ser conocido e investigado; en palabras de Comte, <i>conocer para predecir y predecir para controlar</i> (Winton, 1995). La familia no aparece más que como otra institución gobernada por leyes naturales, resistente al cambio y que debe interiorizar las normas naturales externas para garantizar su viabilidad.</p>
<p>Teorías posmodernas.</p>	<p>Rechazan cualquier forma de teorización moderna debido a que se imponen como teorías de metanarrativas. Desde la sociología posmoderna, no hay principios vertebradores de la realidad social, no hay leyes naturales que investigar porque no existen más que producciones sociológicas que en sí mismas están cargadas de teleología. La sociología posmoderna puede aceptar que las teorías modernas, en algunos casos, confirman sólo parcialmente la realidad. Por lo que cualquier epistemología es provisional y válida sólo bajo ciertas condiciones. Por tanto, la sociología no está en disposición de identificar ley universal regular alguna.</p>

Desde una perspectiva sociológica (Giddens, 1991), una familia es *“un grupo de personas directamente ligadas por nexos de parentesco, cuyos miembros adultos asumen la responsabilidad del cuidado de los hijos, siendo definido el parentesco como los lazos que se establecen entre los individuos mediante el matrimonio o por las líneas genealógicas que vinculan a los familiares consanguíneos (madres, padres, hijos, abuelos, etc.)”*. Desde la antropología, la familia, es *“un término polisémico que designa tanto individuos como las relaciones entre éstos (Segalen, 1992)”*.

Así, según el contexto de utilización, una familia puede denominar tanto un conjunto restringido -grupo doméstico- como uno más amplio que abarca a las personas emparentadas; en el primer caso habría cohabitación y en el segundo, no de forma necesaria. La familia puede describir relaciones entre diferentes individuos, unidades

familiares o, también, designar a varias generaciones de un mismo grupo genealógico o dinastía que están unidos por un patrimonio material o inmaterial ancestral. La familia también puede definirse a través de los sentimientos comunes de identidad, amor, intimidad y pertenencia, todos ellos enlazados más a la conciencia que a la consanguineidad o al patrimonio (Medellín, Rivera, López, Kanán y Rodríguez, 2011).

La familia es una institución básica y uno de los grupos primarios fundamentales que cumplen funciones sociales insustituibles, de tal forma que existe un amplio consenso en identificarla sociológicamente como una institución universal y sobre las diferencias específicas de forma y características locales y los cambios experimentados a lo largo del tiempo (Tezanos, 2007).

Para Gelles (1995) existen barreras que condicionan y limitan la comprensión objetiva de las familias. Primero, como ya se ha mencionado, nuestra implicación personal y nuestra experiencia directa en el hecho familiar, la cual puede ser subjetiva. Segundo, la naturaleza privada de la familia, que lleva a afirmar que esta es una institución primordialmente privada (Laslett, 1973) y, aunque no siempre ha sido así en la historia. Esta privacidad viene a ser un factor limitador para la investigación y el conocimiento del comportamiento familiar.

Desde un punto de vista biológico, la familia se constituye como las personas que tienen hijos o hermanos; y en un segundo nivel se amplía con aquellas personas con las que se mantienen lazos de parentesco. Las relaciones legales son el siguiente elemento susceptible de ser incorporado al aparecer el matrimonio o la adopción. El afecto entre las personas que sostienen relaciones y comparten emociones positivas (felicidad, alegría, solidaridad,...) o negativas (duelo, rivalidad, conflicto, pérdida,...) es un círculo adicional en la identificación familiar.

De este modo, la familia incorpora en su definición la cualidad de compartir experiencias, ideas, imágenes del mundo, espacios o cosas. Las personas que la integran crean relaciones de confianza, que permiten relacionarse de forma íntima y segura.

Además, son capaces de intercambiar de forma altruista apoyo, reconocimiento, comprensión y recuperación. Y por último, la familia aporta la dimensión de orientación

y guía en la socialización de otros miembros hasta que alcanzan la madurez (Lasch, 1984).

La familia también aparece con una suerte de doble identidad: institucional y particular. Para el sociólogo Richard Gelles, la familia es tanto un grupo social como una institución social que posee una estructura identificable, construida sobre roles o posiciones (sustentador principal, cuidado de los niños, tomas de decisiones, etc.) e interacciones entre aquéllos que ocupan esas posiciones. La estructura lleva a la especialización de funciones (cuidado de los niños) caracterizada biológica y socialmente y que, a menudo, implica que se comparta residencia (Gelles, 1995).

II.5.1.1. Tipos de familia

Atendiendo a los miembros que componen la unión familiar, probablemente la distinción más conocida de tipos de familia es la que hace referencia a la familia extensa y la nuclear; así la primera es aquélla que sigue una línea de descendencia y que incluye como miembros de la unidad familiar a personas de varias generaciones, y se estructura, principalmente, a partir de la herencia o legado, mientras que la familia nuclear constituye un grupo social más reducido, compuesto por el esposo, la esposa (es decir, la pareja unida por lazos legales matrimoniales) y los hijos no adultos (o que todavía no han constituido sus propias uniones familiares). Cuando los hijos alcanzan una edad determinada y forman familias propias, el núcleo familiar se vuelve a reducir a la pareja conyugal que la formó originalmente (Carrillo, 2009).

Aunque en cada etapa de la evolución social han coexistido formas mayoritarias y minoritarias de familia, la preeminencia de la familia nuclear ha sido una constante, y con carácter general se puede afirmar que ha existido tanto en las sociedades tradicionales como en las sociedades industriales occidentales.

De hecho, tal y como comentábamos en el apartado anterior, hoy todavía es el tipo de familia más habitual en Europa y América, si bien es cierto que la proporción de hogares que representan este modelo nuclear ha disminuido considerablemente en las

últimas décadas para dar paso a una mayor diversidad de formas familiares, como las presentadas a continuación:

- **Familia nuclear:** Está compuesta por los dos cónyuges unidos en matrimonio y sus hijos. En general, este tipo de familia sigue siendo el más habitual, principalmente en las sociedades occidentales, aunque son cada vez menos los que optan por este modelo de familia.
- **Familia en cohabitación:** Es la convivencia de una pareja unida por lazos afectivos, con o sin hijos, pero sin el vínculo legal del matrimonio. Las parejas de hecho se consideran dentro de este grupo. En algunas ocasiones, este modelo de convivencia se plantea como una etapa de transición previa al matrimonio; en otras, las parejas eligen esta opción para su unión permanente. Es bastante frecuente en algunos países europeos.
- **Familia reconstituida:** Se trata de la unión familiar que, después de una separación, divorcio o muerte del cónyuge, se rehace con el padre o la madre que tiene a su cargo los hijos y el nuevo cónyuge (y sus hijos si los hubiere).
- **Familia monoparental:** Está constituida por un padre o una madre que no vive en pareja (es decir, que no está casada ni cohabita). Vive, al menos, con un hijo menor de dieciocho años y, en ocasiones, con los propios padres.

Es importante señalar que las diferencias demográficas, económicas y culturales entre países implican, a su vez, la existencia de grandes diferencias respecto del modo de entender y formar una familia en cada contexto particular.

En síntesis, hemos observado que el análisis más superficial revela una gran diversidad de formas de familia que tienen poco o nada que ver con el concepto mayoritariamente compartido, asociado a la forma nuclear. En consecuencia, algunos consideran que sería más adecuado hablar de “*familias*” que de “*la familia*” (Berger y Berger, 1983), superándose así la primacía moral o ideológica de un modelo concreto de familia. Consideramos que todas ellas cumplen funciones fundamentales para el desarrollo psicosocial de las personas, lo que apunta de nuevo a considerar si un grupo es una familia en base a sus funciones y no a su forma. A continuación analizaremos cuáles son esas funciones que definen y dan entidad a la familia:

- **Familia nuclear:** Formada por padres e hijos
 - *Familia extendida:* formada por parientes cuyas relaciones no son únicamente padres o hijos. Puede incluir abuelos, tíos, primos y otros parientes consanguíneos.
 - *Familia compleja:* incluye parientes consanguíneos y allegados no consanguíneos.
- **Familia monoparental:**
 - *Familia monoparental extendida:* un progenitor, hijos y otros parientes consanguíneos.
 - *Familia monoparental compleja:* hay un progenitor, hijos y personas allegadas no consanguíneas.
- **Familia unipersonal:** es una familia formada por un solo componente.
- **Familias homoparentales:** hijos que viven con una pareja homosexual.
- **Familia ensamblada:** compuesta con agregados de dos o más familias.
- **Familia de hecho:** pareja sin enlace legal.

II.5.1.2. Funciones principales de la familia

La diversidad de familias presentes en nuestras sociedades actuales, nos hace replantearnos si la familia tiene unas funciones estándar o si éstas van a depender de cada tipología familiar. Así, por ejemplo, algunas funciones tradicionalmente atribuidas a la familia, como la reproductiva, la educación formal y religiosa, o la función de cuidado de ancianos y enfermos, han perdido importancia a lo largo de las últimas décadas.

Así, Musitu y Cava (2001) sugieren que en nuestra sociedad se espera que la familia, al menos la unión denominada nuclear, cumpla funciones de compañía, actividad sexual, apoyo mutuo, y educación y cuidado de los hijos. La familia sigue siendo la única institución que cumple simultáneamente varias funciones claves para la vida de la persona y también para la vida en sociedad. La familia es, por tanto, una institución que economiza muchos medios y recursos, y que ordena y regula:

- La conducta sexual, a través de una serie de normas y reglas de comportamiento, como la prohibición del incesto y la sanción del adulterio.
- La reproducción de la especie con eficacia y funcionalidad.
- Los comportamientos económicos básicos y más elementales, desde la alimentación hasta la producción y el consumo.
- La educación de los hijos, sobre todo en las edades más tempranas y difíciles.
- Los afectos y los sentimientos, a través de la expresión íntima y auténtica de los mismos.

Por ejemplo, es evidente que la familia actual sigue cumpliendo una función económica importantísima. Siguiendo lo planteado por Carrillo (2009) y Moreno (2010), el hogar familiar es una unidad económica que se caracteriza, entre otras cosas, por poner sus recursos en común y que, en el momento actual, es la institución que está permitiendo soportar el coste social del desempleo de jóvenes y adultos, además de encargarse, en numerosas ocasiones, del cuidado de personas con algún tipo de discapacidad. En definitiva, la red de parentesco familiar es, sin duda, la mejor red de protección social y económica en las sociedades actuales.

Musitu, Román y Gracia (1988) sostienen que la familia, a través de las relaciones de afecto y apoyo mutuo entre sus miembros, cumple a su vez varias funciones psicológicas para las personas como mantener la unidad familiar como grupo específico dentro del mundo social, generar en sus integrantes un sentido de pertenencia y proporcionar un sentimiento de seguridad, contribuir al desarrollo de la identidad personal, fomentar la adecuada adaptación social, promover la autoestima y la autoconfianza, permitir la expresión libre de sentimientos y establecer mecanismos de socialización y control del comportamiento de los hijos a través de las prácticas educativas utilizadas por los padres.

Así, la familia con hijos, en particular, cumple una función principal de socialización. La socialización puede definirse como el proceso mediante el cual las personas adquieren los valores, creencias, normas y formas de conducta apropiados en la sociedad a la que pertenecen (Navarro, Musitu y Herrero, 2007). A través de ella las

personas aprendemos los códigos de conducta de una sociedad determinada, nos adaptamos a estos códigos y los cumplimos para un adecuado funcionamiento social.

La meta final de este proceso es, por tanto, que la persona asuma como principios-guía de su conducta personal los objetivos socialmente valorados, es decir, que llegue a adoptar como propio un sistema de valores internamente coherente que se convierta en un 'filtro' para evaluar la aceptabilidad o incorrección de su comportamiento (Molpeceres, Musitu y Lila, 1994). La familia supone un contexto privilegiado para este fin. Veamos cuales son consideradas por Musitu (2003) las principales funciones de la familia:

- **Económica:** La familia regula los comportamientos económicos básicos y más elementales, desde la alimentación de sus integrantes en la infancia hasta la provisión financiera a los hijos adultos necesitados.
- **Afectiva o de apoyo:** La familia permite la expresión íntima de afectos y emociones. Además, es proveedora de recursos materiales y personales a sus integrantes. Es el lugar elegido por la mayoría de personas para solicitar consuelo y ayuda.
- **Socializadora:** Una de las funciones principales que desempeñan la mayoría de familias es la del cuidado y atención de los hijos, procurando su desarrollo integral, psicológico y social. Desde la familia se ejerce la principal labor de transmisión de valores a los hijos mediante la aplicación de prácticas educativas concretas.
- **Asistencial:** Esta función se desarrolla principalmente cuando algún miembro de la familia presenta un problema específico que requiere de una atención y ayuda especiales o dificultan el establecimiento de contactos sociales dentro del vecindario o comunidad, por poner algunos ejemplos.

En definitiva, la familia desempeña funciones de gran relevancia a lo largo de todos los períodos evolutivos: infancia, niñez, adolescencia, edad adulta y tercera edad.

II.5.2. ASPECTOS PSICOSOCIALES

De acuerdo con Musitu, Herrero y Lila (1993), el sistema familiar cumple ciertas actividades o funciones orientadas a una meta determinada. Estas funciones son necesarias para la supervivencia de la especie, así como para la perpetuación de una cultura y sociedad específicas. Existen numerosas formas de describir y definir las funciones familiares (Musitu et al., 1993; Carrillo, 2009; Moreno, 2010), destacamos las siguientes:

- Los miembros de la familia pretenden mantener la integridad de ésta como una entidad separada por medio de un soporte económico, ofrecer a sus miembros seguridad física y un sentimiento de pertenencia.
- La familia ayuda a sus miembros a desarrollar una personalidad eficaz y una adecuada adaptación social.
- La familia es el medio/contexto principal donde los sentimientos alcanzan su máxima expresión. En ella se expresan el afecto y la afiliación tanto como el desagrado y el rechazo.
- La familia establece una serie de mecanismos que permiten el control de la conducta y la socialización de los niños. Es lo que comúnmente se denomina técnicas de disciplina o prácticas educativas familiares.

Aunque el papel educador de la familia ha ido variando conforme ha evolucionado la sociedad, sigue siendo una de las funciones fundamentales que debe cumplir. Antiguamente, la educación corría a cargo exclusivamente de la familia; más tarde, las funciones educadoras pasaron a ser también responsabilidad del Estado, fundamentalmente, de la escuela; en la actualidad, el papel de la familia es incuestionable, siendo su contribución más importante la socialización de los nuevos miembros, con la transmisión de valores y actitudes, aunque en vinculación con el conjunto de la sociedad.

La familia representa el primer contexto social que acoge al individuo e interviene en primera instancia en su inmersión social en el contexto sociocultural. Es el primer agente de transmisión cultural, aunque no siempre exista una intencionalidad explícita,

seleccionando el repertorio cultural relevante de su contexto y generando comportamientos precisos –en contra de comportamientos azarosos- que le llevan a anticipar las consecuencias de sus actos sobre la realidad y sobre los agentes sociales.

Se puede afirmar que lo fundamental es la calidad de la relación, unas interacciones familiares de cariño y aceptación, basadas en la habilidad de situarse en la posición del otro para responder adecuadamente a la estimulación de la interacción, creando afectos de seguridad personal, confianza, integración, estabilidad, cohesión y progreso permanente. Los patrones de éxito de la socialización familiar son la seguridad del vínculo afectivo, el modelaje de los padres y la capacidad de respuestas de la interacción entre padres e hijos. Palacios et al. (1991), unen a estos dos agentes, el niño y los padres, la relevancia de los factores situacionales relativos al contexto donde se ubica el individuo, diferenciando entre factores sociales, económicos y culturales.

Conforme se incrementan los contextos sociales en los que actúa el individuo, aumenta la influencia de los otros agentes socializadores externos a la familia. La escolarización supone un hito importante en el proceso de socialización, por lo que supone una apertura contextual y de interacción con otros agentes sociales. Los compañeros van a constituir entramados de relaciones sociales en los que tienen lugar los aprendizajes y la construcción de emociones y valores.

II.5.3. MOTIVACIÓN

La motivación es un factor importante para conseguir los retos y objetivos que un individuo se plantea, además de ser clave para afrontar los mismos con entusiasmo e ilusión. A continuación se van a exponer algunas definiciones de este término.

De acuerdo con Santrock (2002), la motivación es *“el conjunto de razones por las que las personas se comportan de las formas en que lo hacen”*. El comportamiento motivado es vigoroso, dirigido y sostenido.

Ajello (2003) señala que la motivación debe ser entendida como la *“trama que sostiene el desarrollo de aquellas actividades que son significativas para la persona y en las que*

esta toma parte". En el plano educativo, la motivación debe ser considerada como la disposición positiva para aprender y continuar haciéndolo de una forma autónoma.

Molina-García (2014) explica que, etimológicamente, el término motivación procede del latín *motus*, que se relaciona con aquello que moviliza a la persona para ejecutar una actividad. De esta manera, se puede definir la motivación como el *"proceso por el cual el sujeto se plantea un objetivo, utiliza los recursos adecuados y mantiene una determinada conducta, con el propósito de lograr una meta"*. Según Bisquerra (2000), la motivación es *"un constructo teórico-hipotético que designa un proceso complejo que causa la conducta"*. En la motivación intervienen múltiples variables (biológicas y adquiridas) que influyen en la activación, direccionalidad, intensidad y coordinación del comportamiento encaminado a lograr determinadas metas.

Herrera, Ramírez, Roa y Herrera (2004) indican que la motivación es *"una de las claves explicativas más importantes de la conducta humana con respecto al porqué del comportamiento"*. Es decir, la motivación representa lo que originariamente determina que la persona inicie una acción (activación), se dirija hacia un objetivo (dirección) y persista en alcanzarlo (mantenimiento). Estos autores, tras recopilar las opiniones de muchos otros, formulan la siguiente definición de motivación: *"proceso que explica el inicio, dirección, intensidad y perseverancia de la conducta encaminada hacia el logro de una meta, modulado por las percepciones que los sujetos tienen de sí mismos y por las tareas a las que se tienen que enfrentar"*.

Naranjo (2006) considera la motivación como *"un aspecto de enorme relevancia en las diversas áreas de la vida, entre ellas la educativa y la laboral, por cuanto orienta las acciones y se conforma así en un elemento central que conduce lo que la persona realiza y hacia qué objetivos se dirige"*.

Prieto (2014) aporta la siguiente definición de motivación: *"Es el conjunto de factores personales y sociales que favorecen el inicio de un comportamiento, se persista en él o se abandone, que viene determinada por la intensidad y dirección del comportamiento o por la intensidad y dirección del esfuerzo y condicionada por la orientación al ego o a la tarea, del alumno"*.

De acuerdo con Santrock (2002), existen tres perspectivas fundamentales respecto a la motivación: la conductista, la humanista y la cognitiva, las cuales exponemos en la siguiente tabla. Antes de ello comentaremos que la conductista subraya el papel de las recompensas en la motivación, la humanista en las capacidades del ser humano para desarrollarse y la cognitiva enfatiza en el poder del pensamiento.

Tabla II.13. Perspectivas sobre la motivación.

Perspectiva Conductual	Esta perspectiva señala que las recompensas externas y los castigos son centrales en la determinación de la motivación de las personas (Santrock, 2002). Las recompensas son eventos positivos o negativos que pueden motivar el comportamiento. Los que están de acuerdo con el empleo de incentivos recalcan que agregan interés y motivación a la conducta, dirigen la atención hacia comportamientos adecuados y la distancian de aquellos considerados inapropiados. Para lograr la modificación de una conducta se pueden aplicar diferentes métodos, entre estos el reforzamiento, la extinción (no reforzar una conducta) y el castigo.
Perspectiva Humanista	La perspectiva humanista enfatiza en la capacidad de la persona para lograr su crecimiento, sus características positivas y la libertad para elegir su destino. Dentro de esta perspectiva se ubica la teoría de las necesidades. De acuerdo con García (2008), una de las teorías más conocidas sobre la motivación es la de la Jerarquía de las necesidades propuesta por Maslow (citado por Santrock, 2002), quien concibió las necesidades humanas ordenadas según una jerarquía donde unas son prioritarias y solo cuando estas están cubiertas, se puede ascender a necesidades de orden superior. Una vez satisfechas una serie de necesidades, estas dejan de funcionar como motivadores.
Perspectivas Cognitivas	Las teorías cognitivas enfatizan que lo que la persona piensa sobre lo que puede ocurrir es importante para determinar lo que efectivamente sucede (Ajello, 2003). El sistema cognitivo es el que recibe y envía información a los otros sistemas: afectivo, comportamental y fisiológico, y regula el comportamiento de estos poniendo en marcha o inhibiendo ciertas respuestas en función del significado que le da a la información de que dispone. De esta forma, las ideas, creencias y opiniones que tenga la persona sobre sí y sobre sus habilidades determinan el tipo y la duración del esfuerzo que realiza y, por tanto, el resultado de sus acciones.

II.5.4. AUTOESTIMA

Entre las muchas funciones que tiene la familia, una de ellas es la de formar el autoestima e identidad de sus miembros (Noller y Callan, 1991; Molpeceres et al., 1994). Para ello se sirve, entre otras cosas, de las diferentes técnicas de socialización que los padres utilizan (Felson y Zielinski, 1989), del tipo de comunicación padres-hijos (Lila y Musitu, 1993), de la educación afectiva (Bach y Darder, 2002) y el clima familiar (Noller y Callan, 1991).

En este sentido, los padres o los primeros cuidadores del niño son habitualmente las personas más significativas. En función del modo en que se relacionan con nosotros, cómo nos tratan y su respuesta ante nuestras acciones, vamos elaborando nuestra autoestima y autoconcepto.

Bach y Darder (2002) consideran que la manera en que nos comportamos y relacionamos con los demás depende, en gran medida, de la imagen que tenemos de nosotros mismos, autoconcepto, y del valor que nos otorgamos, autoestima. Tanto una como otra van a depender del impacto emocional de los mensajes que nos han ido llegando del entorno, sobre todo de la familia en las primeras etapas de la vida. Por este motivo, estos autores destacan que el contexto familiar es la primera escuela para el aprendizaje de las emociones. El regazo del autoconcepto y la autoestima es la vida familiar. Son las primeras experiencias emocionales que tenemos en el seno de la familia las que marcarán nuestra afectividad (Sosa, 2014).

El apoyo emocional proporcionado por los padres resulta esencial en el desarrollo de la autoestima de sus hijos, ya que los progenitores ofrecen apoyo emocional, asistencia instrumental y comparten expectativas sociales en el sentido de orientar a sus hijos sobre qué conductas son apropiadas y adecuadas socialmente y cuáles no (Mitchel y Trickett, 1980; Machargo, 1994). De hecho, Harter (1999) consideraba que el apoyo parental, particularmente en la forma de aceptación y aprobación, está asociado con una alta autoestima. El apoyo familiar permite reducir el impacto del contexto ambiental y enfrentarse a situaciones difíciles y estresantes.

Por el contrario, la falta de apoyo familiar e incluso la percepción de rechazo, supone un grave deterioro a la autoestima del niño (Bach y Darder, 2002). Concretamente, en un hogar donde lo que predomina es la baja cohesión familiar y el conflicto frecuente entre los padres, o entre ellos mismos y sus progenitores, las consecuencias son una menor autoestima unida a sentimientos de soledad, ansiedad social y evitación social en los hijos adolescentes (Musitu y Cava 2001).

Debemos pensar pues, en la decisiva importancia de un clima familiar positivo como prevención de una baja autoestima y la posible aparición de conductas desajustadas en los adolescentes. Cuando se habla aquí de autoestima, no pretendemos centrarnos únicamente en este factor de un modo global, sino que también se tienen en cuenta componentes o dominios específicos del autoconcepto, como es la auto-evaluación de la competencia en los ámbitos cognitivo, físico y social (Dekovic y Meeus, 1997; Pinilla et al., 2012).

La calidad del tipo de apego es un factor que tiene un papel determinante en el futuro desarrollo del niño, ya que según sea seguro o inseguro, nos podemos encontrar en un futuro con un adulto que muestre en su conducta reminiscencias de esta etapa. Sin embargo, cuando más se nota la influencia del apego es en los primeros años de la vida de un niño (Ainsworth, 1979). Pero el efecto del tipo de apego o vínculo emocional también se ha constatado en el preadolescente y adolescente en su autoconfianza, en su capacidad para establecer y mantener relaciones con otros adolescentes y en la importancia y grado de influencia que confiere al grupo de iguales (Del Amo, Criado del Pozo y Martín, 1998).

Respecto a la cuestión de las prácticas de socialización familiar, diversos autores (Machargo, 1994; Zurita y Álvaro, 2014) constataron la importancia que la interacción padres-hijos basada en el apoyo, que se caracteriza por la afectividad, el razonamiento y las recompensas materiales, tiene en la expresión de la autoestima del hijo, ya que este tipo de disciplina es la que más la potencia.

Por el contrario, el estilo educativo caracterizado por la indiferencia y la negligencia, es el menos favorable para un desarrollo adecuado de la autoestima. El factor castigo/coerción presenta dos correlaciones negativas significativas: una con el autoconcepto familiar y otra con el autoconcepto negativo.

Igualmente, Musitu et al. (1988) han observado que el apoyo familiar correlaciona de forma positiva y significativa con el autoconcepto social, académico, familiar y físico. Todos los factores de socialización restantes, como son el castigo, sobreprotección y reprobación, presentan una correlación negativa con el autoconcepto familiar. Estos resultados parecen indicar que el apoyo es la variable que más se relaciona con el autoconcepto y que es una técnica disciplinar que se asocia con la construcción de una autopercepción positiva en numerosos ámbitos psicosociales del adolescente y de otros períodos evolutivos (Noller y Callan, 1991; Harter, 1999; Nunes et al., 2012).

Por último, la comunicación padre-hijo es otro de los medios que posibilita la conformación del autoconcepto. En esta línea, Musitu y Molpeceres (1992) han comprobado que los hijos de familias con una comunicación elevada tenían un autoconcepto significativamente más positivo en las facetas de interacción familiar,

labilidad emocional, interacción con iguales, logro académico e interacción escolar, en comparación con aquellos cuyas familias presentan una baja comunicación. Es decir, a mayor grado de comunicación se observa una autopercepción significativamente más positiva en cada uno de los factores del autoconcepto. Esta asociación positiva entre la comunicación y el autoconcepto confirma el importante papel mediador que tiene la comunicación en las relaciones familiares. En este sentido, la presencia de un diálogo positivo entre padres e hijos, no solo constituye un recurso adicional del sistema familiar, sino que es uno de los rasgos distintivos de la familia ajustada (Coleman y Hendry, 2003; Nardone, Giannotti y Rocchi, 2003; Pinilla et al., 2012).

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

III

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.

III.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La investigación en el siglo en el cual nos encontramos constituye un elemento indispensable para el devenir del ser humano; pero esta debe generarse no exclusivamente en un campo del saber sino en todos los ámbitos y contextos del conocimiento incluyendo, sobre todo, el educacional.

Igualmente debemos señalar que la ciencia no dispone de un único método que sea infalible, sino de muchos y variados procedimientos, técnicas y saberes que se disponen para resolver los problemas que la acucian (Lobos, 2012).

Una de las cuestiones más debatidas dentro del trabajo científico está en conexión con la investigación educativa. Esta, según Arnal, Rincón y De La Torre (1992), es la que trata sobre cuestiones y problemas relativos a la naturaleza, epistemología, metodología, fines y objetivos en el marco de la búsqueda progresiva del conocimiento en el ámbito educativo.

Por lo que en nuestro trabajo la investigación a nivel educativo nos permite designar como objeto de estudio el perfil de actuación metodológica de los adolescentes.

En este sentido, y tras el recorrido por los antecedentes y características del tema de la investigación, se concluye que en esta investigación se pretende encontrar respuestas respecto al autoconcepto de los adolescentes en función de aspectos educativos, familiares, deportivos y sociales.

III. 2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

En este trabajo de investigación se exponen tres objetivos generales y los específicos de cada uno de ellos como se detallan a continuación:

Objetivo General I

- Determinar las características generales de autoconcepto, físico-deportivas, de ingesta de sustancias nocivas, familiares y académicas de los adolescentes de Granada y Provincia (España).

Objetivos Específicos I

- Dictaminar los aspectos generales del adolescente según su género y edad; y determinar la dependencia de tabaco así como la cantidad, frecuencia, dependencia y efectos que tiene el alcohol en la población del segundo ciclo de la E.S.O.
- Conocer el autoconcepto general de los jóvenes y cuál de los tipos es más importante: social, familiar, emocional, académico y físico.
- Determinar los niveles de práctica de actividad física así como su modalidad más usual en la población objeto de estudio, señalando el nivel federativo que se posee.
- Exponer los niveles de funcionalidad familiar y práctica regular de los padres de alumnos adolescentes escolarizados en Granada y provincia, señalando los datos académicos de dicho alumnado.

Objetivo General II

- Establecer las relaciones entre sí de las variables descriptivas, de autoconcepto, sustancias nocivas, físico-deportivas, familiares y académicas de los adolescentes de Granada y Provincia (España).

Objetivos Específicos II

- Exponer las relaciones existentes entre el género y edad según parámetros psicosociales, físico-deportivos, familiares y académicos.
- Mostrar las correspondencias entre la ingesta de sustancias nocivas y parámetros de autoconcepto, deportivos, familiares y académicos de los adolescentes.
- Establecer las correspondencias entre los diversos niveles de autoconcepto (social, familiar, emocional, académico y físico) en función de variables físico-deportivas, académicas y familiares.
- Indicar las relaciones entre práctica de actividad física y aspectos familiares y académicos.
- Comprobar los niveles de funcionalidad familiar y de práctica de padres según parámetros académicos.

Objetivo General III

- Realizar un análisis del autoconcepto en adolescentes españoles en función de variables personales, físico-deportivas y familiares mediante el empleo de ecuaciones estructurales.

Objetivos Específicos III

- Especificar y contrastar un modelo explicativo de la práctica de actividad física en jóvenes españoles y que integre al resto de variables.

- Analizar el efecto de la práctica regular de actividad física sobre las dimensiones del autoconcepto físico, a partir del modelo.

III. 3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

En base a la revisión realizada en el marco teórico y los objetivos proyectados, se plantean las siguientes hipótesis:

- **Hipótesis 1.** El autoconcepto general de los adolescentes que consumen tabaco y alcohol de manera habitual es superior a aquellos que no consumen.
- **Hipótesis 2.** La ingesta frecuente de ambos elementos repercute negativamente en el autoconcepto de tipo Académico, Familiar y Físico.
- **Hipótesis 3.** El tomar sustancias como tabaco y alcohol los fines de semana provoca un incremento en el Autoconcepto Social y Emocional.
- **Hipótesis 4.** Los chicos y chicas que ingieran de forma habitual alcohol y tabaco presentan un peor rendimiento académico.
- **Hipótesis 5.** La ingesta frecuente de ambos elementos repercute negativamente en el clima familiar y académico.
- **Hipótesis 6.** A menor actividad física de los progenitores aumenta el uso de ambas sustancias.
- **Hipótesis 7.** Los chicos y chicas que ingieran de forma habitual alcohol y tabaco no realizaran AF de forma regular.
- **Hipótesis 8.** La práctica de deportes colectivos fomentará la realización de actividad física de forma regular.

- **Hipótesis 9.** A mayor práctica de actividad física de los progenitores, aumenta la realización en los adolescentes.

III. 4. SUPUESTO TEORICO DE LA INVESTIGACIÓN

Según los objetivos planteados anteriormente se contemplan los supuestos teóricos que sustentan este trabajo de investigación, especificando el siguiente modelo hipotético, con los siguientes factores: Factor 1: Autoconcepto Académico (AA), del propio adolescente. Factor 2: Autoconcepto Social (AS), conforme a conductas y comportamientos. Factor 3: Autoconcepto Familiar (AFM), relacionado a la influencia familiar. Factor 4: Autoconcepto Físico (AF), según actividad física. Factor 5: Autoconcepto Emocional (AE), sobre cómo se encuentran los sentimientos. Factor 6: Rendimiento Académico, determinado por si había repetido. Factor 7: APGAR o Funcionamiento Familiar, según apoyo de la propia familia y Factor 8: Práctica de Actividad Física de forma regular.

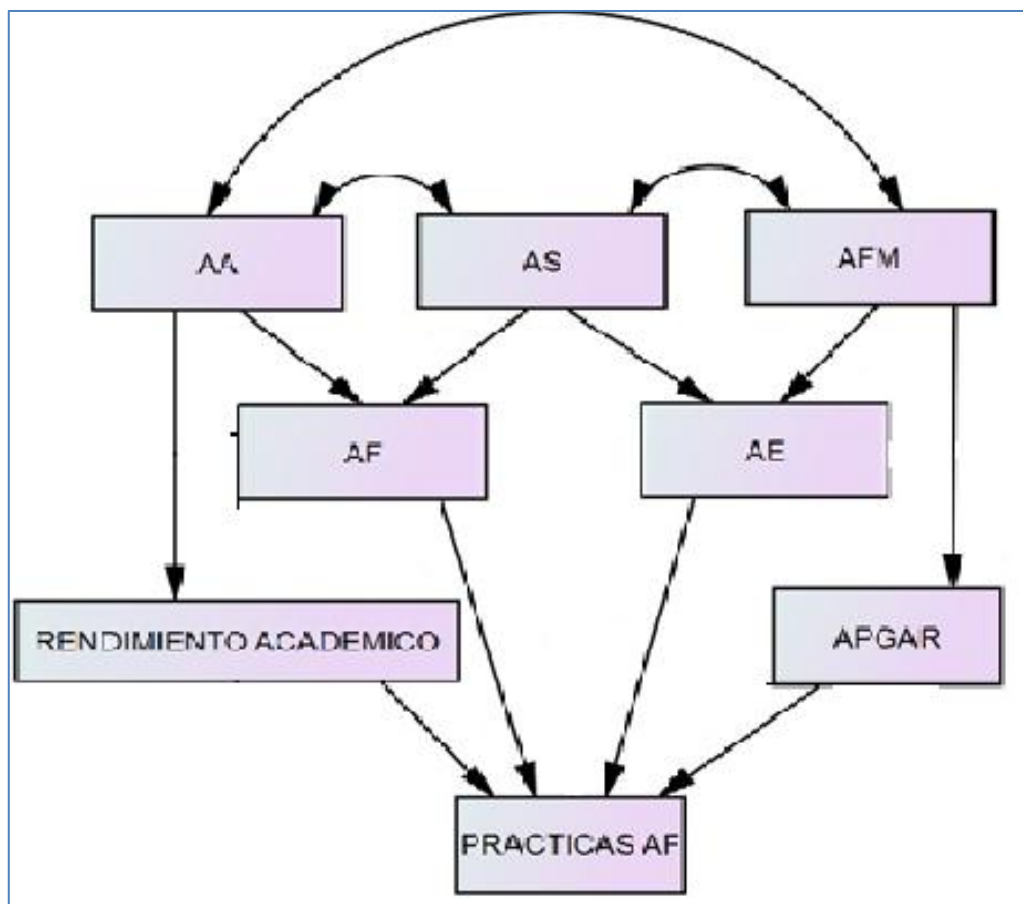


Figura III.1. Modelo hipotético de práctica de actividad física y relación con AF-5.

MATERIAL Y MÉTODOS

IV

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

En este capítulo se desarrollará el método y los materiales empleados para la elaboración del presente trabajo. En primer lugar se describirá el diseño y planificación de la investigación, a continuación se expondrá la descripción de la muestra y de los instrumentos necesarios en este estudio y por último se detallará el procedimiento seguido para la toma de datos y las herramientas estadísticas empleadas.

IV.1. DISEÑO Y PLANIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El trabajo de investigación que se plantea es descriptivo, explicativo y de tipo comparativo, ya que su propósito es describir las variables y analizar su incidencia o interrelación en un momento determinado, como señalan entre otros Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista (2006); así, se determinan parámetros de género, sustancias nocivas, autoconcepto, actividad física, de itinerario académico y de índole familiar en el contexto de Granada y provincia (España).

Del mismo modo, indicar que es un estudio de tipo transversal, puesto que se recogen valores y datos en un único momento y la información se recabó durante el transcurso del curso académico 2012/2013.

Considerando y teniendo en cuenta todo lo citado con anterioridad, se expone a continuación la planificación de la investigación realizada, distribuida por las fases y sus correspondientes pasos que han llevado a la consecución y elaboración del informe de esta tesis doctoral.

Tabla IV.1. Fases de elaboración del trabajo de investigación

FASES Y TEMPORALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	
PRIMERA FASE.- CONCEPTUALIZACIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	
Enero del 2012 a Junio de 2012	PASO 1.- Definición del problema de la investigación.
	PASO 2.- Presentación del tema para su aprobación.
	PASO 3.- Elaboración de las propuestas para el trabajo metodológico de la tesis.
	PASO 4.- Concertación de las acciones de la investigación.
	PASO 5.- Revisión bibliográfica.
SEGUNDA FASE.- TRABAJO DE CAMPO	
Julio de 2012 a Julio de 2013	PASO 6.- Recopilación de documentos para su análisis.
	PASO 7.- Selección de las técnicas para la recogida de información.
	- Escala de Consumo de Tabaco.
	- Escala de Consumo de Alcohol.
	- Escala de Funcionalidad Familiar (APGAR).
- Test de Autoconcepto (AF-5).	
PASO 8.- Selección de la muestra y aplicación de las técnicas para la recogida de la información.	
TERCERA FASE.- RECOPIACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN	
Agosto de 2013 a Diciembre de 2014	PASO 9.- Análisis y procesamiento de la información.
	PASO 10.- Ordenamiento de la información para la elaboración del informe.
	PASO 11.- Elaboración del informe.
	PASO 12.- Presentación del informe.

Dando continuidad al diseño de la investigación y siguiendo la planificación, vamos a exponer los siguientes apartados:

- La muestra.
- Las técnicas e instrumentos para la recolección de los datos.
- Procedimiento de recogida de datos.
- El análisis de los datos.

IV.2. MUESTRA

En este apartado exponemos la descripción de la muestra escogida para el análisis, quedando estructurado en dos apartados: por un lado, el análisis del contexto donde se enmarcan los participantes, y de otro, la caracterización de la muestra.

IV.2.1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

En lo referente al contexto, se desarrolla a continuación tanto a nivel geográfico como social de la Provincia de Granada.

IV.2.1.1. Contexto Geográfico

El trabajo de investigación se realiza en la provincia de Granada, situada en la comunidad autónoma de Andalucía, dentro del territorio nacional español, situada en el sureste peninsular.



Figura IV.1. Localización de Granada. (Martínez, 2013).

Su capital es Granada, situada en el centro de la comarca Vega de Granada, a una altitud de 680 msnm, En 2014 estaba habitada por 237.540 personas, 498.365 teniendo en cuenta el área metropolitana. Los barrios que posee son muy diferentes entre sí, en parte por la continuada inmigración acaecida hasta la década de 1990; sus barriadas más destacadas son: Zaidín, Albaicín, Sacromonte, Realejo, Chana, Cartuja y Almanjayar. (Wikipedia, 2015). Esta ciudad constituye un núcleo receptor de turismo, debido a sus monumentos (Alhambra, Generalife,...) y a la cercanía a la estación de esquí. Su Universidad es la cuarta a nivel nacional por número de alumnos y es uno de los destinos más populares por los universitarios europeos.

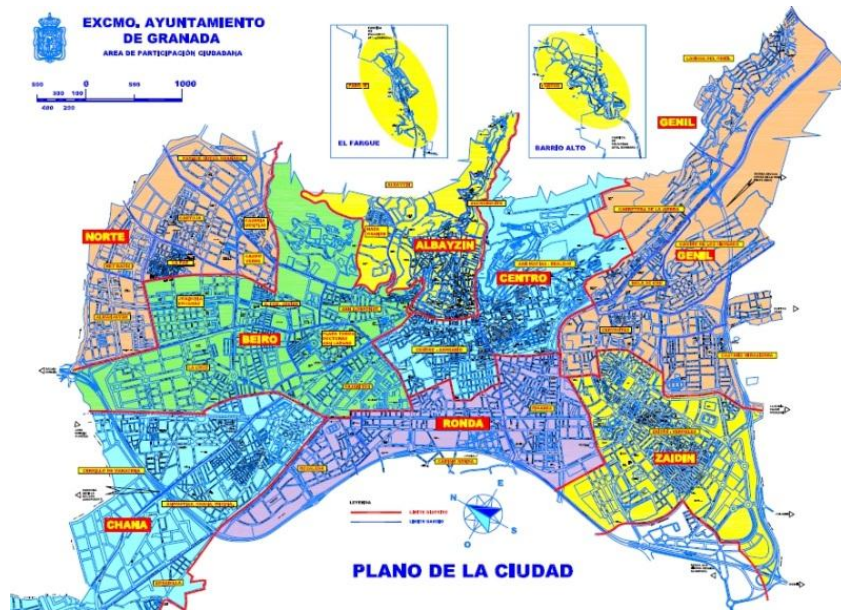


Figura IV.2. Superficie de la ciudad de Granada (Vilches, 2015).

En la provincia de Granada se encuentran diferentes poblaciones, organizadas en comarcas, entre las que destacamos: el altiplano de Baza y Huéscar, Guadix y el Marquesado, Poniente, Costa Tropical, Alpujarra y Valle de Lecrín, Granada y Sierra Nevada.



Figura IV.3. Comarcas de la provincia granadina.

Entre las principales poblaciones de la provincia de Granada y siguiendo la plataforma web Wikipedia (Wikipedia, 2015) tenemos:

Armilla es uno de los pueblos más cercanos a Granada, llegando a estar de forma contigua a la capital. Además limita con otros municipios como Ogíjares, Alhendín y Churriana de la Vega. El crecimiento demográfico registrado en el municipio fue notorio en el último cuarto del siglo XX y la primera década del XXI, lo que ha permitido alcanzar los 5.041,4 habitantes/Km².

Por su población, es el segundo municipio del área metropolitana de Granada. Se encuentra en una situación estratégica por ser el paso natural desde Granada a la Costa Tropical y Alpujarras.

Las Gubias, se sitúa en la parte centro-sur de la Vega granadina, a unos 8 km de la capital, limitando entre otros municipios con: Santa Fe, Chimeneas, La Malahá, Cullar Vega,... Cabe destacar que este municipio está en el puesto 20 del ranking de los municipios mayores de 10.000 habitantes con la edad media más baja de toda España: 34,3 años de edad.

Huetor Vega, situada en la parte central de la Vega de Granada, a unos 4 Km del centro de la capital granadina y colindando con esta por su parte sureste. Limita con los municipios de Cenes de la Vega, Monachil y La Zubia entre otros. La hostelería, agricultura y ganadería destacan en su actividad económica. Muchos habitantes de la capital la usan como segunda residencia o ciudad dormitorio, gracias a su cercanía y accesibilidad a la Ronda Sur de Granada.

Santa Fe es una localidad situada en la parte centro-oeste de la comarca de la Vega de Granada. Limita con los municipios de Fuente Vaqueros, Atarfe, Pinos Puente,... El municipio es una de las treinta y cuatro entidades que componen el Área Metropolitana de Granada siendo sede de un partido judicial propio.

El **Padul** es una localidad con casi 9.000 habitantes y la superficie de su término municipal es de 89 kilómetros cuadrados. Su altitud sobre el nivel del mar es de 744

metros. Se encuentra situado a 13 km de la capital y se encarga fundamentalmente de la agricultura.

Lanjarón está situado en la parte occidental de la Alpujarra Granadina, a unos 45 kilómetros de la capital, es la puerta de la Alpujarra; su economía está ligada a la agricultura, habiendo dejado paso últimamente al sector servicios, en concreto al turismo, y a un sector industrial representado por una sola industria que es Aguas de Lanjarón.

Motril, considerada ciudad (61.171 habitantes) se encuentra a orillas del Mediterráneo. Limita con Salobreña, Vélez de Benaudalla y Lújar, entre otros; su término municipal es el más meridional de toda la provincia de Granada y su ayuntamiento está formado por los núcleos de Motril, que tiene la capitalidad comarcal de la costa granadina. Como actividad principal destaca el cultivo, siendo la chirimoya, el aguacate, mango, guayaba y plátano los frutos más producidos. Numerosos invernaderos se aposentan en dicha población. Es la salida al mar de la provincia de Granada. Su posición geográfica la convierte en un centro industrial y comercial.



Figura IV.4. La población de Motril.

Huétor Tájar cuenta con 10.075 habitantes y una extensión de prácticamente 40 Km². El municipio se asienta en la fértil vega creada por el río Genil, que proporciona al

municipio una importante riqueza agrícola, destacando el cultivo de espárragos con denominación de origen. Sobre esta base agrícola se asienta una importante industria agroalimentaria en torno a la conserva del espárrago y otros productos como la alcachofa.

Iznalloz está ubicado en los Montes Orientales, a orillas del río Cubillas, a 35 kilómetros de Granada y delimita con las provincias de Jaén y Córdoba. Su población ronda los 7.000 habitantes y su principal actividad productiva son los cereales, olivo, remolacha, vid, garbanzos y ganado. Su clima destaca por ser extremo tanto en calor como en frío, existiendo nevadas con asiduidad.

Guadix, cuenta con 18.898 habitantes y delimita con los municipios de Benalúa, Fonelas y Purullena entre otros, es uno de los asentamientos humanos más antiguos de la Península Ibérica. Cabe mencionar los numerosos monumentos que conforman su fisonomía arquitectónica.



Figura IV.5. La ciudad de Guadix.

Baza es una ciudad y municipio español situado al noreste de Granada que cuenta con 21.407 habitantes, se trata del término municipal más extenso de la provincia de

Granada con una extensión de 546 Km². La economía se basa en su mayoría en el sector servicios con más de 1.400 establecimientos, entre los que destacan sus tiendas de ropa, tabernas y bares. Otro pilar de la economía bastetana es la agricultura. Los principales cultivos son la cebada y el almendro.



Figura IV.6. Localización de Baza.

IV. 2.1.2. Contexto Social

Granada constituye un núcleo receptor de turismo, debido a sus monumentos, a la cercanía de su estación de esquí profesional, así como la zona histórica conocida como la Alpujarra, y la parte de la costa granadina conocida como Costa Tropical. De entre sus construcciones históricas, la Alhambra es una de las más importantes del país, declarada patrimonio de la humanidad por la Unesco en 1984, junto al barrio del Albaicín.

Dentro de las características socioeconómicas podemos destacar que en el 2008 existía en el municipio un total de 24.966 empresas, en general de reducido tamaño puesto que 22.665 de ellas tenían una plantilla de menos de 5 trabajadores y solamente 62 empresas

presentaban una plantilla superior a 20 trabajadores, destacando la actividad comercial que ocupa un lugar importante tanto para la ciudad como para la provincia.

Sin embargo, dentro de la economía local el sector de la construcción ha tenido un gran impacto; en 2008 se registró un total 1.430 empresas algunas de las cuales figuran entre las inmobiliarias y constructoras más importantes de Andalucía. Pero desde 2008 el sector está atravesando una profunda crisis a consecuencia del estallido de la burbuja inmobiliaria en España, por lo que muchas empresas han cesado su actividad comercial o se encuentran en situación comprometida. Del mismo modo el empleo se ha visto afectado, pasando de una tasa de paro inferior al 6%, considerado como para técnico en el periodo comprendido 1996-2007. No obstante, desde la crisis económica mundial, el número de parados no ha dejado de incrementarse ya que, según el Observatorio Argos del Servicio Andaluz de empleo, el paro registrado en diciembre del 2009 asciende a 24.828 personas de las cuales 12.435 eran varones y 12.393 mujeres.

IV.2.2. LA MUESTRA

En este apartado del trabajo de investigación se va a explicar cómo se ha escogido la muestra, así como las características de la misma; en primer lugar se analiza y describe el universo de población, y seguidamente se estudia la selección de los participantes.

IV.2.2.1. Descripción del Universo

Cuando se pretende realizar un estudio que recoja el universo de adolescentes, el primer paso al que se recurre es determinar el censo del mismo. Para ello, solicitamos la colaboración de los estamentos educativos (Consejería de Educación de la Junta de Andalucía) encargados de coordinar y dirigir el número de estudiantes matriculados en los Centros Educativos (**ANEXO 1**). Posteriormente se contactó con los centros para confirmar los datos obtenidos. Podemos afirmar que la información del censo es fidedigna entre el mes de octubre de 2012 y el mes de junio de 2013. Periodos correspondientes a la elaboración del censo (durante la primera quincena del mes de octubre) y la recogida de muestra (desde inicios de noviembre hasta la obtención de la última muestra el 14 de junio de 2013).

Tomando los censos educativos aportados por la Junta de Andalucía (Consejería de Educación, 2012) para la Provincia de Granada, se indicaba que el número de alumnos/as que cursaban sus estudios en el Segundo Ciclo de la Educación Secundaria Obligatoria era de 18.824 (207 centros) mientras que por cursos la distribución era de 9.976 de Tercero y 8.848 de Cuarto.

Para que el estudio fuese más heterogéneo y siguiendo las directrices de Zurita (2007) y Zurita, Moreno, Ruiz, Martínez, Zurita y Castro (2008), se delimitaron siete zonas, de tal forma que en la selección de los centros siempre hubiese alguno en las áreas comarcales delimitadas.

Para constatar el número de alumnos/as se contactó directamente con cada uno de los centros seleccionados de forma aleatoria. Debemos puntualizar que los centros son bastante heterogéneos en cuanto al número de alumnos/as matriculados, habiendo algunos que poseían únicamente línea 1, mientras que otros tenían línea 4.

Entendemos que puede haber algunas modificaciones en los mismos, por la naturaleza cambiante del alumnado propiciadas por la edad de estos. Así, consideramos que la forma en que se ha realizado este censo, modificando los datos siempre a tiempo real, es la manera más fiable para obtener un universo sobre el que poder calcular el error muestral de nuestro estudio.

IV.2.2.2. Selección de los participantes: Descripción de la muestra

Para seleccionar y determinar la muestra de nuestro estudio hemos realizado un muestreo estratificado con selección aleatoria de conglomerados, teniendo en cuenta los mismos estratos de los que nos informa el censo. Estratificándose la muestra con dos criterios: centro docentes y zona. Así pues, hemos tomado al azar centros educativos de la provincia atendiendo a la enseñanza y recogiendo un número de adolescentes similar al del universo al que representa. Para calcular el error muestral con un muestreo aleatorio simple para una población finita (universo pequeño) aplicado a cada uno de los estratos (Rodríguez-Osuna, 2001; Martínez-Martínez, 2013; Molina-García, 2014), se ha empleado la siguiente fórmula:

$$e = \sqrt{\frac{(K^2 P(1-P)) \cdot (N-n)}{n \cdot (N-1)}}$$

Figura IV.7. Formula para el cálculo del error muestral.

Los datos de esta fórmula significan lo siguiente: N= tamaño del universo; K = nivel de confianza (para 1-a = 0.95; K =1.96); P = Proporción de una categoría de la variable; P (1-P) = varianza en caso de que se distribuye binomialmente); n = tamaño de la muestra; e = error de muestreo (error máximo que asumimos cometer en torno a la proporción). Los datos del error muestral en función del tamaño de la muestra en relación con el universo de cada estrato, son los que se muestran en la siguiente tabla:

Tabla IV.2. Datos de la distribución muestral de los adolescentes.

Estratos	N	K	P	n	e
Estudiantes Totales	18.824	1,96	0,5	1.916	0,02
Tercer Curso	9.996	1,96	0,5	964	0,03
Cuarto Curso	8.848	1,96	0,5	952	0,03

De la tabla anterior: N = tamaño del universo; K = nivel de confianza (para 1-a = 0.95; K =1.96); P = Proporción de una categoría de la variable; P (1-P) = varianza en caso de que se distribuye binomialmente; n= tamaño de la muestra; e = error de muestreo (error máximo que asumimos cometer en torno a la proporción).

La muestra se ha recogido en un total de 20 centros educativos, solicitando la participación a todos aquellos que de forma voluntaria quisieran colaborar. Hemos tenido especial cuidado de que no se repitan sujetos, haciendo un seguimiento individualizado en el pase de cuestionarios. La muestra obtenida se describe en función del nombre del centro, carácter del mismo y número de adolescentes muestreados.

Tabla IV.3. Datos de la distribución de los centros educativos y adolescentes.

Nombre del Centro	Población	Número de Estudiantes	
		n	%
I.E.S. Padre Suárez	Granada	158	7,4%
I.E.S. Zaidín Vergeles	Granada	110	5,2%
I.E.S. Alba-Longa	Armillá	107	5,0%
I.E.S. Montevive	Las Gabias	139	6,5%
I.E.S. Los Neveros	Huétor Vega	132	6,2%
I.E.S. Carmen Salles	Santa Fe	92	4,3%
I.E.S. La Laguna	El Padul	95	4,5%
I.E.S. Lanjarón	Lanjarón	32	1,5%
I.E.S. Francisco Javier de Burgos	Motril	120	5,6%
I.E.S. La Zafra	Motril	130	6,1%
I.E.S. Giner de los Ríos	Motril	85	4,0%
I.E.S. Ave María	Motril	46	2,2%
I.E.S. Américo Castro	Huétor Tájar	255	11,9%
I.E.S. Miguel Cañadas	Moraleda de Zafayona	68	3,2%
I.E.S. Montes Orientales	Iznalloz	234	11,0%
I.E.S. Pedro Antonio de Alarcón	Guadix	46	2,2%
I.E.S. La Presentación	Baza	64	3,0%
I.E.S. Gregorio Salvador	Cúllar Baza	54	2,5%
I.E.S. Al-Zújar	Zújar	53	2,5%
I.E.S. Alquivira	Huéscar	114	5,3%

Tanto en porcentaje de centros, de estudiantes y en error de muestreo, los datos de nuestra muestra se ajustan satisfactoriamente.

De este modo cabe destacar que manejamos una muestra de 2.134 estudiantes de segundo ciclo de Educación Secundaria Obligatoria que supone muestrear al 11,33% del universo en el caso de los adolescentes del segundo ciclo de E.S.O., con un error muestral del 0,02; mientras que por estratos nos proporciona errores de muestreo del 0,03 para tercer y cuarto curso, obteniendo por tanto una muestra que satisface los criterios estadísticos que garantizan su representatividad.

IV.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS

En este apartado del cuarto capítulo de la tesis exponemos las técnicas de investigación que vamos a utilizar (instrumentos, estrategias y análisis documental). Atendiendo a lo planteado por Rodríguez, Gallardo, Olmo y Ruiz (2005), *“las técnicas e instrumentos son los medios técnicos que se utilizan para hacer efectivos los métodos, obteniendo información de manera reducida de un modo sistemático e intencional de la realidad social que hemos pretendido estudiar y que nos va a resultar más fácil tratar y de analizar”*.

La selección de los instrumentos para la recogida de datos se encuentra en concordancia con nuestro objeto de estudio, objetivos de la investigación, contexto, diseño, marco donde ubicamos nuestro problema de estudio y al diseño de la investigación. Por lo que consideramos de valor la información obtenida por el procedimiento y la rigurosidad que le hemos dado al estudio; debemos puntualizar que para conseguir los objetivos se utilizó una metodología de tipo cuantitativa, aspecto que también hemos considerado al realizar el análisis e interpretación de los datos obtenidos.

Hemos utilizado un instrumento indispensable para este tipo de análisis como es *“el cuestionario”* por ser una herramienta eficaz y rápida en su aplicación, siendo barata y llegando a un mayor número de participantes y que, además, facilita el análisis (Carretero-Dios y Pérez, 2007).

Para establecer el conocimiento y entender el fenómeno que se pretende estudiar, pusimos cuestiones que se le aplicaron directamente a los sujetos implicados en la investigación. Este instrumento específico, Corbetta (2007) lo llama *“encuesta por muestreo”* y lo define como: *“un modo de obtener información, preguntando a los individuos que son objeto de la investigación, y que forman parte de una muestra representativa, mediante un procedimiento estandarizado de cuestionario, con el objetivo de estudiar las relaciones existentes entre las variables”*; y Hernández-Sampieri et al., (2006), lo entienden como *“un conjunto de preguntas respecto a una o*

más variables”, persiguiendo información de la población encuestada sobre diferentes variables objeto de estudio.

Para la presente investigación se han utilizado cinco tipos de cuestionarios: el primero de tipo “*Sociodemográfico y Cuestiones Físico-Deportivas*”, un segundo titulado “*Escala de Consumo de Tabaco*”, un tercero denominado “*Escala de Consumo de Alcohol*”, un cuarto llamado “AF-5”, y por último el “APGAR”; todos ellos han sido estructurados en preguntas cerradas y validados por sus correspondientes autores.

IV.3.1. VARIABLES

En este apartado, concerniente a las variables presentes en este estudio, cabe señalar que se encuentran relacionadas en función del problema de investigación planteado y se hallan justificadas de manera manifiesta en los objetivos plasmados en el apartado anterior.

a) Variables Descriptivas

Para la selección de las variables descriptivas se tomaron en cuenta aspectos que en alguna etapa del proceso de investigación podrían marcar diferencias, tales como el género, la edad, lugar de residencia o tipo de centro escolar.

- **Edad:** valorado según edad (15-17 años inclusive).
- **Género:** masculino o femenino.

b) Variables Sustancias Nocivas

En lo concerniente a este tipo de variable, se determinan dos modalidades que eran el tabaco y el alcohol.

- **Tabaco:** determinado por la dependencia de nicotina que se tiene.

- **Alcohol:** establecido por tres categorías: a) cantidad y frecuencia de consumo de alcohol; b) la dependencia de consumo de alcohol y c) el consumo dañino o perjudicial.

c) Variable de Autoconcepto

En lo referente al autoconcepto, este queda determinado en cinco categorías: a) Autoconcepto Académico; b) Autoconcepto Social; c) Autoconcepto Familiar; d) Autoconcepto Emocional y e) Autoconcepto Físico.

d) Variables Físico-Deportivas

En este tipo de variables se encuadran la práctica de actividad física y modalidad y nivel de la misma.

- **Actividad Física:** con la opción de si practica o no, donde se instaba a marcar la opción de Si, siempre y cuando el adolescente realizase actividad física fuera del centro escolar con una frecuencia igual o superior a tres horas semanales.
- **Modalidad y tipo de actividad física:** con cinco opciones de respuesta, de forma que las categorías planteadas eran: a) No Practica, b) Deporte individual sin contacto (tenis, atletismo, natación, pádel, escalada,...), c) Deporte individual con contacto (taekwondo, judo, lucha, kárate,...), d) Deporte colectivo con contacto (futbol, baloncesto, balonmano, rugby, waterpolo,...) y e) Deporte colectivo sin contacto (voleibol, hockey hierba,...).
- **Nivel:** determinado por dos tipos de respuesta: federado o no federado.

e) Variables Académicas

Aquí señalamos un tipo en función de si era repetidor o no.

- **Repetidor:** categorizándose en dos opciones de respuesta: repetidor o no repetidor.

f) Variables Familiares

Se determina en esta tipología el APGAR y el nivel de actividad física de los familiares directos.

- **APGAR:** con tres opciones, según el adolescente se encuentre con disfunción severa, disfunción moderada y funcionalidad familiar.
- **Nivel de actividad física de los padres:** con la opción de si practican o no, donde se instaba a marcar la opción de sí, siempre y cuando el padre o madre realizase actividad física deportiva con una frecuencia igual o superior a tres horas semanales.

IV.3.2. INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Se exponen las herramientas escogidas para este trabajo de investigación citando las características de las mismas.

IV.3.2.1. Cuestionario Sociodemográfico y Autoregistro

La primera herramienta utilizada en este trabajo de investigación fue la hoja de autoregistro (**ANEXO 2**). Este cuestionario contenía los aspectos de número de identificación, género, edad, centro donde estudiaba, lugar de residencia, si practica actividad física fuera del centro escolar más de tres horas semanales, qué modalidad deportiva y a qué nivel, aspectos de índole académica y nivel de actividad física de los padres.

IV.3.2.2. Escala de Consumo de Tabaco

Se recoge del cuestionario original “**Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND)**” de Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström (1991), y traducido al castellano por Villareal- González (2009), donde se recoge información sobre el número o cantidad de cigarrillos, el impulso por fumar y la dependencia de nicotina que se tiene (**ANEXO 3**).

Este test consta de 6 preguntas, siendo las 4 primeras de tipo dicotómico (0=No y 1=Si). Los dos ítems restantes se valoran con una escala Likert de cuatro opciones, donde el 0 es nunca y el 3 es siempre; se establece la suma que oscila entre el 0 y el 10, y se estructuran cuatro categorías (0= no fumador, de 1 a 4= dependencia baja, 5 a 6= dependencia moderada y >6= dependencia alta).

En el estudio de Villareal-González (2009) se determinó una fiabilidad de $\alpha=.970$ similar a la que se detecta en nuestro trabajo $\alpha=.956$.

IV.3.2.3. Escala de Consumo de Alcohol

Este test procede del cuestionario original “**Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)**” de Saunders, Aasland, Babor, De la Fuente y Grant (1993), y es adaptado al español por Rubio (1998).

Consta de 10 preguntas, donde las 8 primeras tienen cinco posibles respuestas, donde el 0 es nunca y el 4 es a diario o más, y los dos ítems restantes se valoran con tres posibles opciones que puntúan 0-2 y 4; se establece la suma que variará entre el 0 y el 40.

Este test habla de tres tipos de categorías: cantidad y frecuencia de consumo de alcohol, dependencia de consumo de alcohol y consumo dañino o perjudicial (**ANEXO 4**).

Debemos señalar las preguntas que determinan cada una de las categorías:

- **Cantidad y frecuencia de consumo de alcohol**, establecido por la suma de las cuestiones 1, 2 y 3.
- **Dependencia de consumo de alcohol**, determinados por el sumatorio de las preguntas 4-5 y 6.
- **Consumo dañino o perjudicial**, señalado por la suma de los ítems del 7 al 10 reportan.

En el estudio de Rubio (1998) se determinó una fiabilidad de $\alpha=.800$ similar a la que se detecta en nuestro trabajo $\alpha=.842$.

IV.3.2.4. Cuestionario de Autoconcepto

Se recoge del cuestionario original “Autoconcepto Forma- 5 (AF-5)”, de García y Musitu (1999), y mide las dimensiones de Autoconcepto Académico (AA), Autoconcepto Social (AS), Autoconcepto Emocional (AE), Autoconcepto Familiar (AFM) y Autoconcepto Físico (AF) (ANEXO 5).

Este test consta de 30 preguntas, que se valoran con una escala Likert de cinco opciones, donde el 1 es nunca y el 5 es siempre; para cada dimensión se establece el sumatorio de los siguientes ítems:

- **Autoconcepto Académico:** ítems 1, 6, 11, 16, 21, 26.
- **Autoconcepto Social:** ítems 2, 7, 12, 17, 22, 27.
- **Autoconcepto Emocional:** ítems 3, 8, 13, 18, 23, 28.
- **Autoconcepto Familiar:** ítems 4, 9, 14, 19, 24, 29.
- **Autoconcepto Físico:** ítems 5, 10, 15, 20, 25, 30.

En el estudio de García y Musitu (1999) se determinó una fiabilidad de $\alpha=.810$, valor casi idéntico al detectado en nuestro trabajo (alpha de Cronbach de $\alpha=.833$); por dimensiones (AA: $\alpha=.773$; AS: $\alpha=.702$; AE: $\alpha=.697$; AFM: $\alpha=.778$; AF: $\alpha=.721$), los valores en todos los grupos eran satisfactorios al igual que plantearon en sus estudios Estévez, Martínez y Musitu (2006) o Cava et al. (2008).

IV.3.2.5. Escala de Funcionalidad Familiar (APGAR)

Este test está extraído de la versión original “Family APGAR” de Smilkstein, Ashworth y Montano (1982) y está adaptado al castellano por Bellón, Luna y Lardelli (1996), donde mediante una escala Likert de tres opciones (0= casi nunca, 1= a veces y 2= casi siempre), se valoran 5 ítems formulados en sentido positivo, que generan tres tipos de funcionalidad: disfunción severa (D.S), disfunción moderada (D.M) y funcionalidad familiar (F.F) (ANEXO 6).

La consistencia interna del cuestionario en su versión original es de $\alpha=.750$, y más

recientemente los autores Sánchez-Sosa, Villarreal- González y Musitu (2010) reportan una consistencia interna de $\alpha=.790$. En nuestro estudio se estableció un $\alpha=.720$.

IV.4. PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

En esta fase de la investigación se describen todas las tareas del trabajo de campo que se efectúan para la recogida de datos; por tanto, consiste en ejecutar el proyecto de investigación. Lo primero que se realizó fue el acceso a los datos de la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía, contando con la autorización del organismo competente. A continuación, el equipo investigador se puso en contacto con la totalidad de centros educativos para indicarles el proyecto que se pretendía llevar a cabo y si daban el consentimiento para su realización (**ANEXO 7**).

Una vez aceptada la propuesta de los equipos directivos, el responsable del trabajo se puso en contacto con los dirigentes a fin de concertar un día para la recolección de los datos, al mismo tiempo se construyó un protocolo para ser firmado por los responsables legales de los menores de edad, dando el consentimiento para la participación en este trabajo.

El estudio realizado mantiene concordancia con la Declaración de Helsinki (modificación del 2008), en proyectos de investigación y con la legislación nacional para ensayos clínicos (Ley 223/2004 del 6 de febrero), investigación biomédica (Ley 14/2007 del 3 de julio) y confidencialidad de los participantes (Ley 15/1999 del 13 de diciembre).

En cuanto al desarrollo del trabajo de campo, este permitió aplicar los cuestionarios para recoger la información, siendo administrado durante los meses de octubre a marzo del 2013 en horario de clase, con consentimiento, además, de los tutores y profesores a cargo de los diferentes cursos.

La extensión ética en la investigación, según Babbie (2000), son consideraciones de índole moral que deben encontrarse presentes mientras se aplican las técnicas de investigación; en este trabajo se consideraron aspectos éticos que asegurasen la transparencia y confidencialidad de la información a modo de no afectar a quienes fueron los participantes; así una de las premisas fue que la investigación no debe nunca dañar a las personas que se están estudiando, por lo que hay que ser cuidadoso.

Por último, debe señalarse la confidencialidad de los datos y nombre de los participantes. En consideración de estos criterios, se determinó que los participantes (responsables) firmaran su consentimiento como se ha señalado anteriormente.

IV.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

En primer lugar, y con el objetivo de comprobar la fiabilidad de los ítems que conforman las escalas y subescalas de los cuestionarios empleados, se emplea el coeficiente alpha de Cronbach, el cual nos sirve para cuantificar el grado de correlación parcial que existe entre los ítems incluidos, es decir, el grado en el que los ítems del constructo están relacionados. Así pues, cuanto más próximo se encuentre al valor 1, mayor será la fiabilidad de lo que se quiere estudiar.

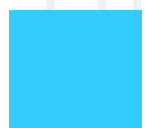
En segundo lugar, se utilizó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS 20.0); así los datos obtenidos en la batería de preguntas han sido almacenados mediante la hoja de cálculo del programa estadístico Statistickal Package for Social Sciences (SPSS versión 20.0 para Windows), como archivos de extensión sav, para poder ser tratados estadísticamente desde este programa.

Para el estudio estadístico de los parámetros descriptivos se utilizaron frecuencias, porcentajes, medias y desviación típica, encaminados a describir todas las variables del estudio; igualmente para el estudio de tipo comparativo, se emplearon tablas de contingencia, chi-cuadrado de Pearson y ANOVA.

En tercer lugar, se puso a prueba el modelo general en el que se incluyeron todas las escalas y subescalas del estudio, teniendo en cuenta las interacciones en la predicción de las variables de resultado.

Para ello, se eligió aquel modelo que mejor explicaba nuestras respuestas y sus relaciones, basándonos en el marco teórico de referencia y las medidas de bondad de ajuste de dicho modelo. El software estadístico con el que se realizó este último análisis fue el AMOS Graphics, versión 18 (para modelos de ecuaciones estructurales).

RESULTADOS



V. RESULTADOS

En el quinto capítulo se establece el análisis de los resultados de este trabajo de investigación. El presente punto va a estructurarse en tres apartados: en primer lugar se desarrolla un estudio descriptivo y comparativo de las variables objeto de estudio; en segundo lugar, se confecciona una comparativa entre todas las variables y por último, se elabora un análisis de resultados a través de ecuaciones estructurales.

V.1. DESCRIPTIVOS

En este apartado se van a describir todas las variables objeto de estudio y a establecer las diversas comparativas entre los parámetros de la misma variable.

V.1.1. GÉNERO

Participaron en esta investigación de carácter descriptivo y de tipo transversal un total de 2.134 adolescentes españoles, de ambos sexos (49,8% de hombres y 50,2% de mujeres), de 15 a 18 años ($M=15,93$ años; $DT= 0,853$), de 20 centros educativos de distintas zonas de la provincia de Granada (siete zonas) y distribuidos en el segundo ciclo de la Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O.) como se observa en la siguiente tabla.

Tabla V.1. Distribución de la muestra por género.

Género	
Masculino	49,8% (n=1.062)
Femenino	50,2% (n=1.072)

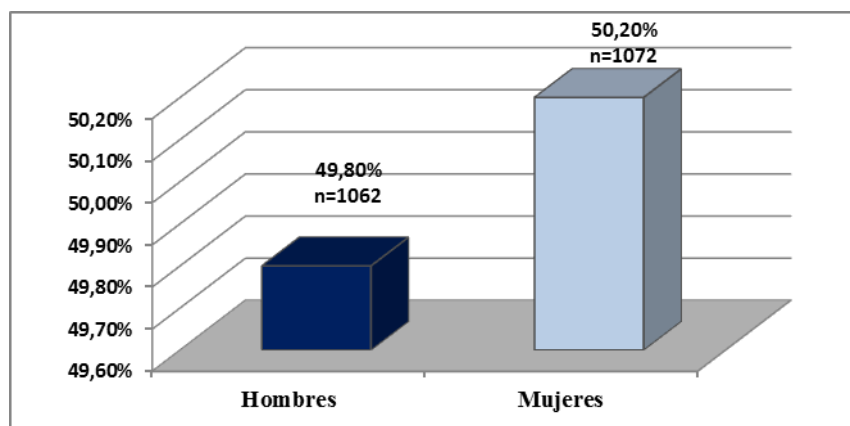


Figura V.1. Distribución de la muestra por sexo.

V.1.2. SUSTANCIAS NOCIVAS

Tomando como referencia los datos descriptivos que se desprenden de la siguiente tabla, el 90,9% (n=1.939) de los adolescentes eran no fumadores; asimismo, un 7,4% tenían una dependencia baja y menos de un 1% mostraba dependencia alta y media. En cuanto al consumo de alcohol, en referencia a la cantidad y frecuencia, el 44,9% no consumen, el 79,4% no tiene dependencia y el 65,3% no tiene intención de producir daño tras ingerir alcohol.

Tabla V.2. Distribución de la muestra según consumo de tabaco y alcohol.

Consumo Tabaco (FTND)		
No Fumador		90,9% (n=1.939)
Dependencia Baja		7,4% (n=158)
Dependencia Media		0,9% (n=19)
Dependencia Alta		0,8% (n=18)
Consumo Alcohol (AUDIT)		
Cantidad y Frecuencia	No Consume	44,9% (n=958)
	Escaso Consumo	25,4% (n=541)
	Consumo Medio	23,1% (n=494)
	Consumo Alto	6,6% (n=141)
Dependencia	No Dependencia	79,4% (n=1.695)
	Dependencia Baja	13,4% (n=285)
	Dependencia Media	5,8% (n=124)
	Dependencia Alta	1,4% (n=30)
Consumo Dañino	No Daño	65,3% (n=1.394)
	Daño Escaso	17,8% (n=379)
	A Veces provoca Daño	11,8% (n=251)
	Siempre Daño	5,2% (n=110)

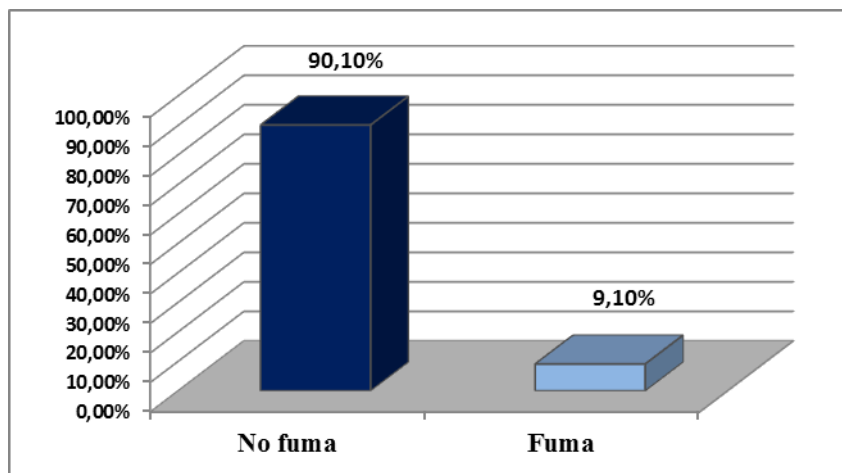


Figura V.2. Relación de resultados en consumo de tabaco.

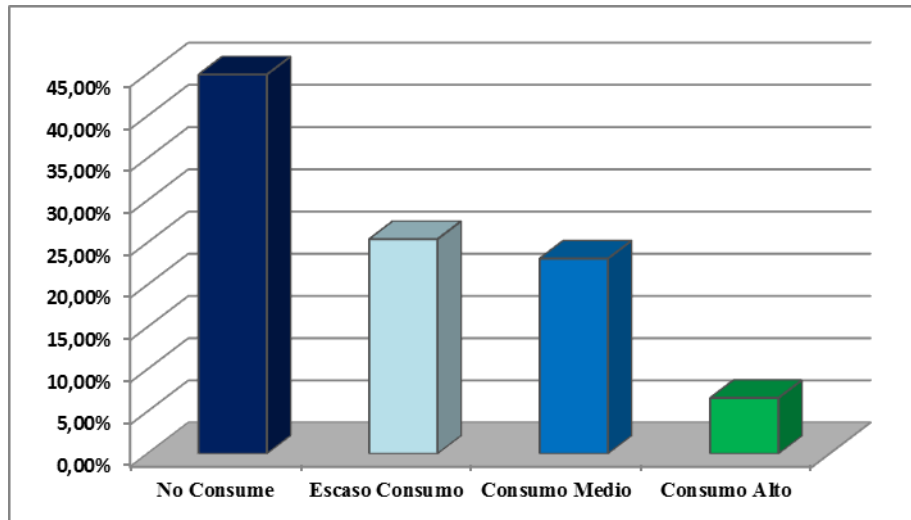


Figura V.3. Relación de resultados según consumo de alcohol.

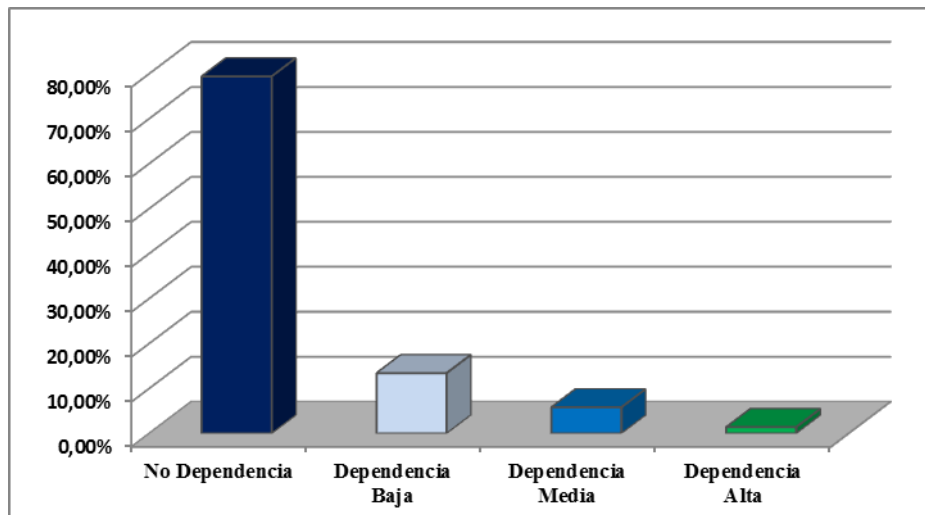


Figura V.4. Relación de resultados según dependencia de alcohol.

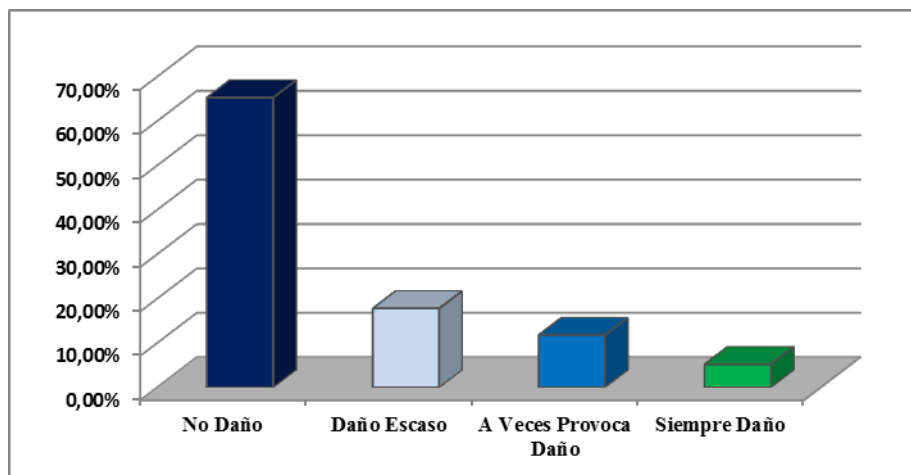


Figura V.5. Relación de resultados según conductas tras ingesta de alcohol.

Los resultados que hacen referencia al vínculo que tendría el consumo de tabaco con la dependencia de alcohol, generó diferencias estadísticas ($p=.000^{***}$), debido a que

aquellos pubescentes que no eran fumadores, tampoco presentaban dependencia de alcohol en un 82,7% de las veces.

Sin embargo, se puede apreciar que conforme aumenta la dependencia con respecto al tabaco, disminuyen los valores de no dependencia en el consumo de alcohol, tal y como se puede observar en aquellos fumadores de dependencia alta, los cuales en tan sólo un 16,7% no muestran dependencia en alcohol.

Tabla V.3. Distribución del tabaco según dependencia de alcohol.

Consumo de Tabaco		Dependencia Alcohol				Total
		No Dependencia	Dependencia Baja	Dependencia Media	Dependencia Alta	
No Fumador	Recuento	1603	232	88	16	1939
	% Tabaco	82,7%	12,0%	4,5%	0,8%	100,0%
	% Dependencia Alcohol	94,6%	81,4%	71,0%	53,3%	90,9%
Dependencia Baja	Recuento	80	45	23	10	158
	% Tabaco	50,6%	28,5%	14,6%	6,3%	100,0%
	% Dependencia Alcohol	4,7%	15,8%	18,5%	33,3%	7,4%
Dependencia Moderada	Recuento	9	4	6	0	19
	% Tabaco	47,4%	21,1%	31,6%	0,0%	100,0%
	% Dependencia Alcohol	0,5%	1,4%	4,8%	0,0%	0,9%
Dependencia Alta	Recuento	3	4	7	4	18
	% Tabaco	16,7%	22,2%	38,9%	22,2%	100,0%
	% Dependencia Alcohol	0,2%	1,4%	5,6%	13,3%	0,8%
Total	Recuento	1695	285	124	30	2134
	% Tabaco	79,4%	13,4%	5,8%	1,4%	100,0%
	% Dependencia Alcohol	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

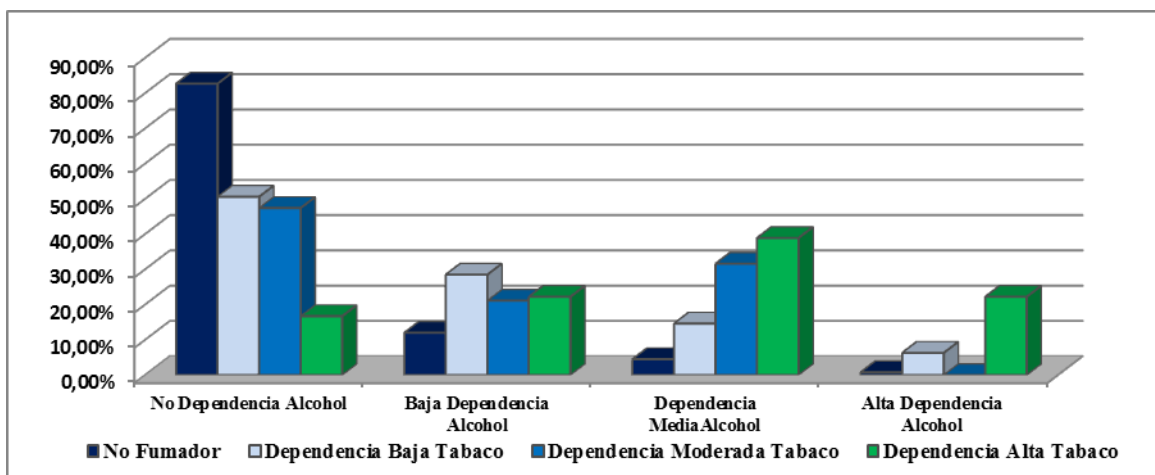


Figura V.6. Relación de resultados de consumo de tabaco según dependencia de alcohol.

Los resultados que conciernen al vínculo entre el consumo de tabaco con consumo de alcohol, también generó diferencias estadísticamente significativas ($p=.000^{***}$) como se puede apreciar en la siguiente tabla, debido a que aquellos adolescentes que no eran fumadores, en un 48,6% de las veces manifestaron no consumir alcohol. Por el contrario, a medida que aumenta la dependencia con respecto al tabaco, se incrementaban los valores en consumo de alcohol, tal y como se puede apreciar en aquellos fumadores de dependencia alta, los cuales en un 50% muestran un consumo excesivo en consumo del alcohol.

Tabla V.4. Distribución del tabaco según consumo de alcohol.

Consumo de Tabaco		Cantidad y Frecuencia de Ingesta				Total
		No Consume	Consumo Escaso	Consumo Media	Consumo Excesivo	
No Fumador	Recuento	943	519	389	88	1939
	% Tabaco	48,6%	26,8%	20,1%	4,5%	100,0%
	% Cantidad-Frecuencia	98,4%	95,9%	78,7%	62,4%	90,9%
Dependencia Baja	Recuento	12	18	90	38	158
	% Tabaco	7,6%	11,4%	57,0%	24,1%	100,0%
	% Cantidad-Frecuencia	1,3%	3,3%	18,2%	27,0%	7,4%
Dependencia Moderada	Recuento	1	3	9	6	19
	% Tabaco	5,3%	15,8%	47,4%	31,6%	100,0%
	% Cantidad-Frecuencia	0,1%	0,6%	1,8%	4,3%	0,9%
Dependencia Alta	Recuento	2	1	6	9	18
	% Tabaco	11,1%	5,6%	33,3%	50,0%	100,0%
	% Cantidad-Frecuencia	0,2%	0,2%	1,2%	6,4%	0,8%
Total	Recuento	958	541	494	141	2134
	% Tabaco	44,9%	25,4%	23,1%	6,6%	100,0%
	% Cantidad-Frecuencia	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

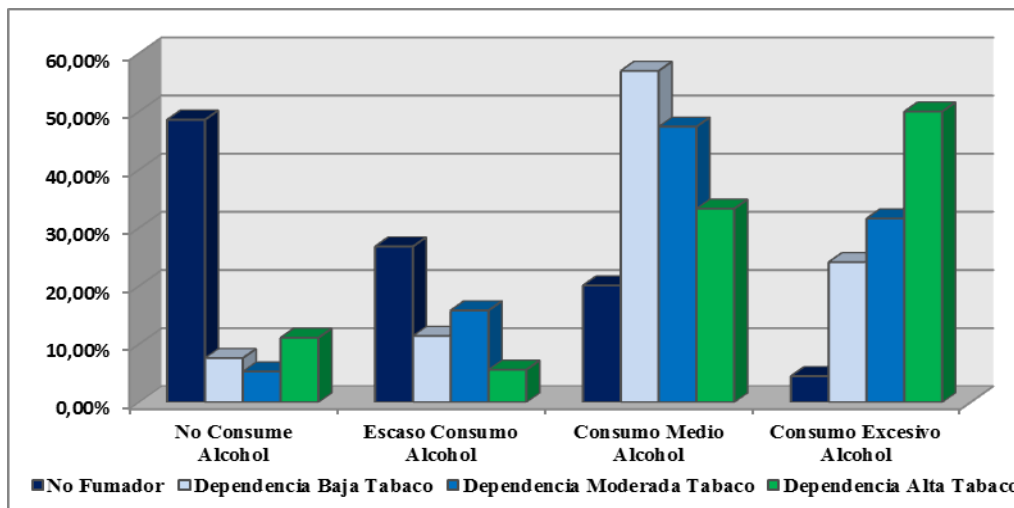


Figura V.7. Relación de resultados de consumo de tabaco según consumo de alcohol.

En lo referente a la relación entre el consumo de tabaco con las conductas dañinas tras la ingesta de alcohol, generó diferencias estadísticas ($p=.000^{***}$), tal y como se puede observar en la siguiente tabla.

La población que se caracteriza por ser no fumadora, en un 69,8% de los casos no muestra conductas dañinas tras la ingesta de alcohol.

Sin embargo, conforme aumenta la dependencia en consumo de tabaco, se produce un aumento paralelo en las conductas dañinas tras la ingesta de alcohol, como lo pone de manifiesto la población que tiene dependencia alta en consumo de tabaco, generando siempre conductas dañinas en un 66,7% de los casos.

Tabla V.5. Distribución del tabaco según conductas dañinas tras consumo de alcohol.

Consumo de Tabaco		Cantidad y Frecuencia de Ingesta				Total
		No Daño	Daño Escaso	Daño A Veces	Daño Siempre	
No Fumador	Recuento	1354	307	206	72	1939
	% Tabaco	69,8%	15,8%	10,6%	3,7%	100,0%
	% Daño Alcohol	97,1%	81,0%	82,1%	65,5%	90,9%
Dependencia Baja	Recuento	34	62	40	22	158
	% Tabaco	21,5%	39,2%	25,3%	13,9%	100,0%
	% Daño Alcohol	2,4%	16,4%	15,9%	20,0%	7,4%
Dependencia Moderada	Recuento	5	6	4	4	19
	% Tabaco	26,3%	31,6%	21,1%	21,1%	100,0%
	% Daño Alcohol	0,4%	1,6%	1,6%	3,6%	0,9%
Dependencia Alta	Recuento	1	4	1	12	18
	% Tabaco	5,6%	22,2%	5,6%	66,7%	100,0%
	% Daño Alcohol	0,1%	1,1%	0,4%	10,9%	0,8%
Total	Recuento	1394	379	251	110	2134
	% Tabaco	65,3%	17,8%	11,8%	5,2%	100,0%
	% Daño Alcohol	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

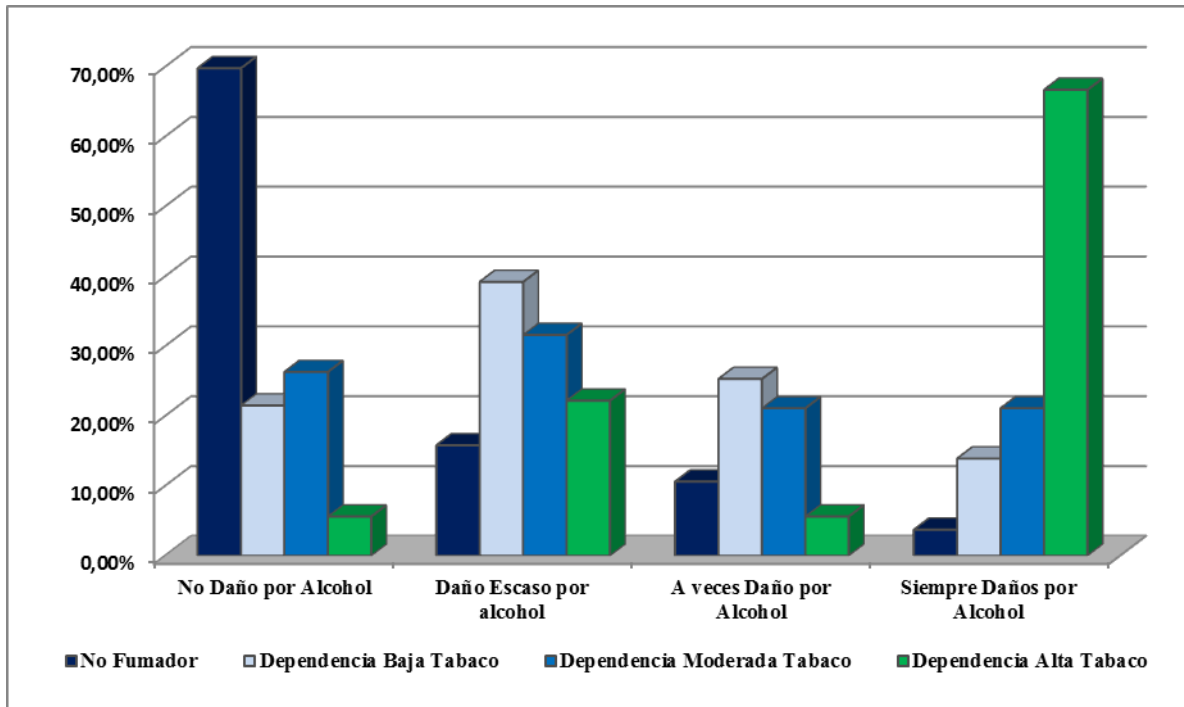


Figura V.8. Relación de resultados de consumo de tabaco según conductas dañinas tras ingesta de alcohol.

V.1.3. AUTOCONCEPTO

El Autoconcepto (AF-5) obtuvo un valor medio de 3,62, y en lo que respecta a las dimensiones los datos mostraron que según la Escala Likert, el autoconcepto familiar y social presentaron valores medios en torno al 4 (M=4,09 y M=3,94); mientras que el resto de dimensiones se situaron entre cifras medias de 3,30 y 3,40.

Tabla V.6. Valores obtenidos por dimensiones del autoconcepto.

Autoconcepto General (AF-5) (M=3,62; D.T=.457)	
Autoconcepto Académico	M= 3,36 (D.T=.793)
Autoconcepto Social	M= 3,94 (D.T=.695)
Autoconcepto Emocional	M= 3,32 (D.T=.758)
Autoconcepto Familiar	M= 4,09 (D.T=.788)
Autoconcepto Físico	M= 3,40 (D.T=.782)

Como se desprende de la siguiente figura, la dimensión de tipo familiar es la más valorada, mientras que el tipo emocional es el menor puntuado por los adolescentes.

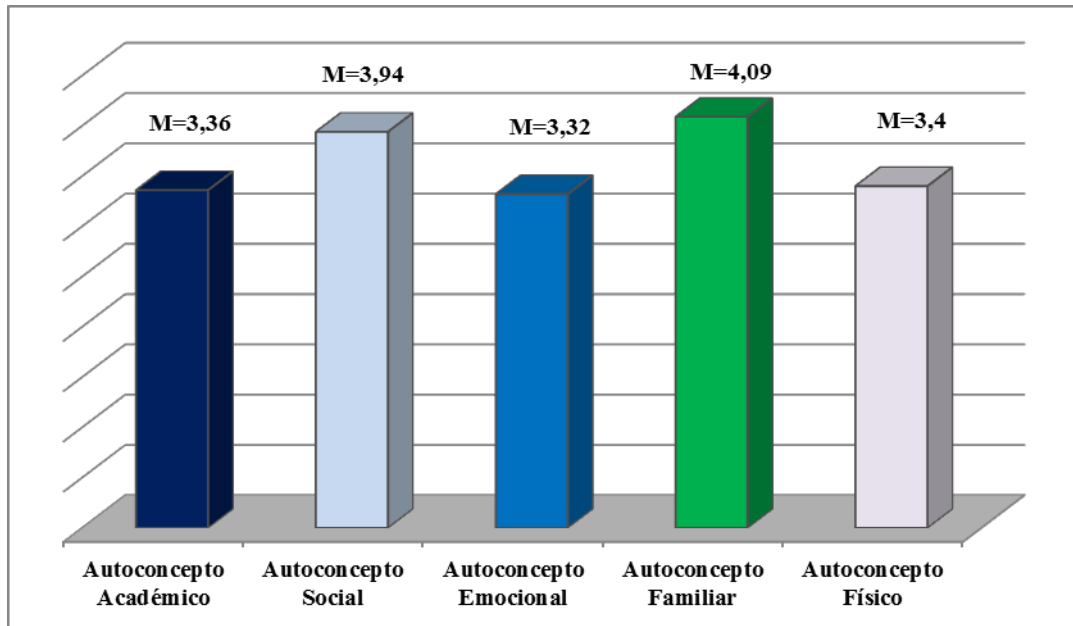


Figura V.9. Relación de resultados del autoconcepto según dimensiones.

V.1.4. ACTIVIDAD FÍSICA

En lo referente a la práctica de actividad física de forma regular, el 67,1% de ellos señalaban hacerlo más de tres horas semanales y el 32,9% indican practicarla tres o menos horas a la semana. En lo que concierne a las modalidades más demandadas, el 27,2% se decantaban por deportes colectivos, seguido del 21,2% de individuales. Las actividades de gimnasio son las menos realizadas (4,3%). Asimismo, el 21,9% de los participantes indicaban encontrarse federados en las modalidades deportivas que practican.

Tabla V.7. Valores de Práctica de actividad física, tipología y nivel.

AF Regular	
SI	67,1% (n=1.431)
NO	32,9% (n=703)
Tipo de Deporte	
Deportes Individuales	14,4% (n=307)
Deportes Colectivos	27,2% (n=581)
Actividades de Gimnasio	4,3% (n=91)
Otros	21,2% (n=452)
No Practica	32,9% (n=703)
Nivel Federado	
SI	21,9% (n=467)
NO	78,1% (n=1.667)

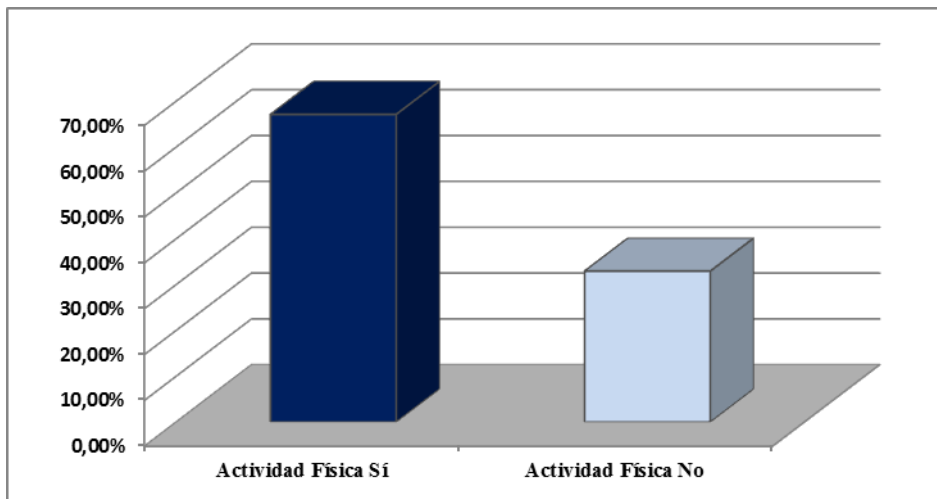


Figura V.10. Distribución de la práctica de actividad física.

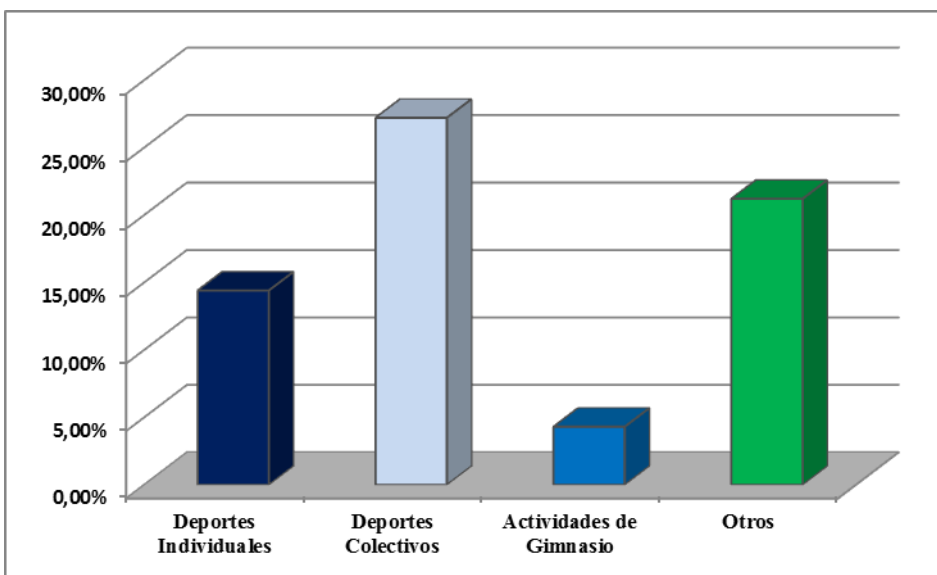


Figura V.11. Relación de los resultados según deporte practicado.

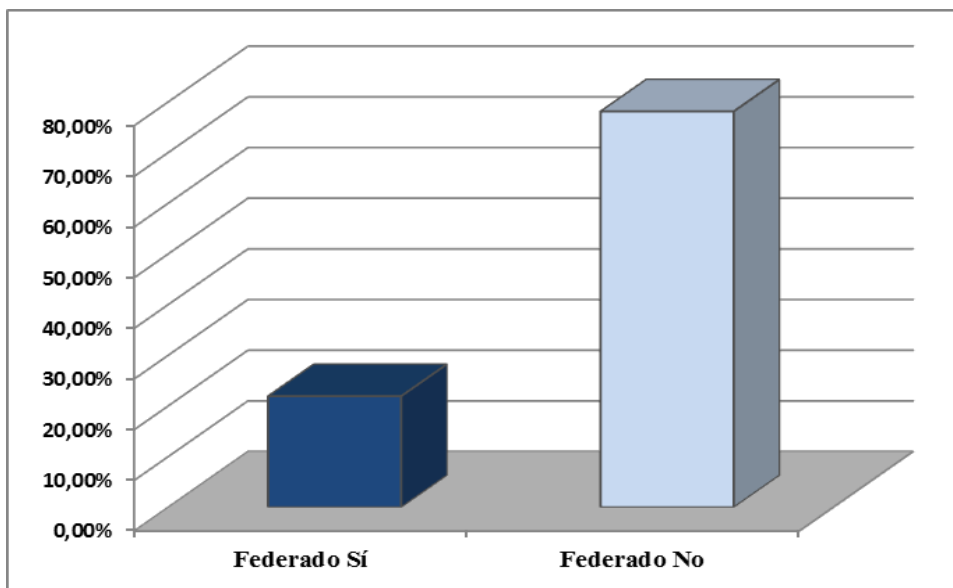


Figura V.12. Relación de resultados según fichas federativas.

En lo concerniente al análisis de los índices de práctica de actividad física en cuanto al tipo de modalidad deportiva, los datos mostraron relación estadísticamente significativa ($p \leq .05^{***}$), propiciada por los estudiantes que no practican regularmente deporte; si excluimos a estos del análisis, los resultados deparan también falta de asociación establecida, porque los adolescentes se decantan en su mayoría por deportes colectivos ($n=581$; 40,6%) y otros ($n=452$; 31,6%), frente a los que se inclinan más por actividades individuales ($n=307$; 21,4%) o de gimnasio ($n=91$; 6,4%).

Del mismo modo, al estudiar en qué modalidad deportiva encontramos mayor número de fichas federativas, los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas ($p \leq .05^{***}$), propiciadas porque en deportes de tipo colectivo (41,5%) e individual (33,9%), los adolescentes se encuentran más inscritos que en actividades de gimnasio y otros, con valores en ambos casos del 22%.

Tabla V.8. Relación de la modalidad deportiva y estado federativo.

Modalidad Deportiva		Federado		Total
		SI	NO	
Deportes Individuales	Recuento	104	203	307
	% Modalidad	33,9%	66,1%	100,0%
	% Federado	22,3%	21,1%	21,5%
Deportes Colectivos	Recuento	241	340	581
	% Modalidad	41,5%	58,5%	100,0%
	% Federado	51,6%	35,3%	40,6%
Actividades Gimnasio	Recuento	20	71	91
	% Modalidad	22,0%	78,0%	100,0%
	% Federado	4,3%	7,4%	6,4%
Otros	Recuento	102	350	452
	% Modalidad	22,6%	77,4%	100,0%
	% Federado	21,8%	36,3%	31,6%
No Practica	Recuento	467	964	1431
	% Modalidad	32,6%	67,4%	100,0%
	% Federado	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Recuento	1105	1029	2134
	% Modalidad	51,8%	48,2%	100,0%
	% Federado	100,0%	100,0%	100,0%

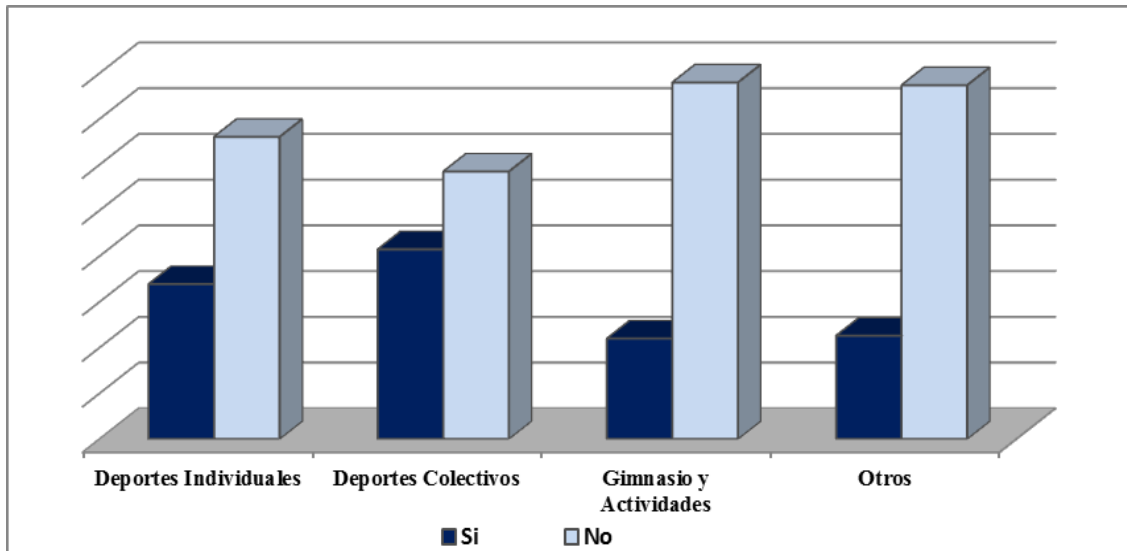


Figura V.13. Distribución de resultados por deporte practicado y fichas federativas.

V.1.5. VARIABLE ACADÉMICA

En la variable rendimiento académico, los resultados obtenidos muestran que un 35,1% de la muestra analizada indicaba haber repetido algún curso debido a malas calificaciones académicas y un 64,9% de la población era no repetidora.

Tabla V.9. Distribución de la muestra según calificaciones académicas.

Nivel Académico	
Repetidor	35,1% (n=749)
No Repetidor	64,9% (n=1.385)

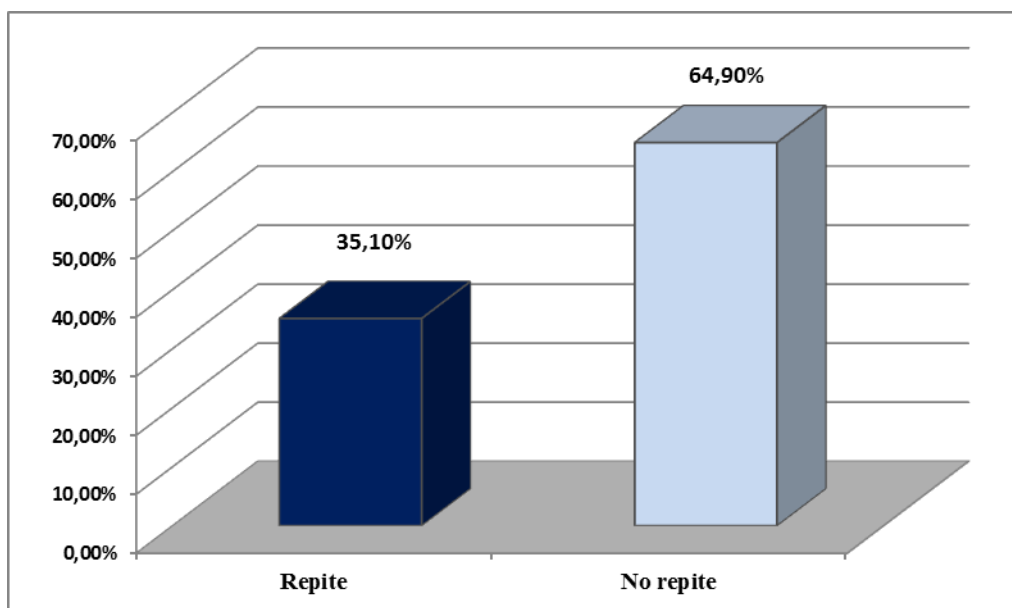


Figura V.14. Relación de resultados según calificaciones académicas.

V.1.6. VARIABLE FAMILIAR

En lo que respecta a la variable familiar, en la siguiente tabla se puede apreciar cómo un 74,5% de la muestra tenía una funcionalidad familiar normal, un 20,2% presentaba una disfunción moderada y un 5,3% una disfunción severa.

Los valores obtenidos en cuanto a la práctica de actividad física por parte de los padres, algo más de la mitad de los adolescentes (51,8%) manifestaron que alguno de sus progenitores solía hacer de ejercicio de forma habitual.

Tabla.V.10. Descriptivos de las variables familiares (APGAR y práctica AF padres).

APGAR	
Disfunción Severa	5,3% (n=113)
Disfunción Moderada	20,2% (n=432)
Funcionalidad Familiar	74,5% (n=1.589)
Padres AF Regular	
SI	51,8% (n=1.105)
NO	48,2% (n=1.029)

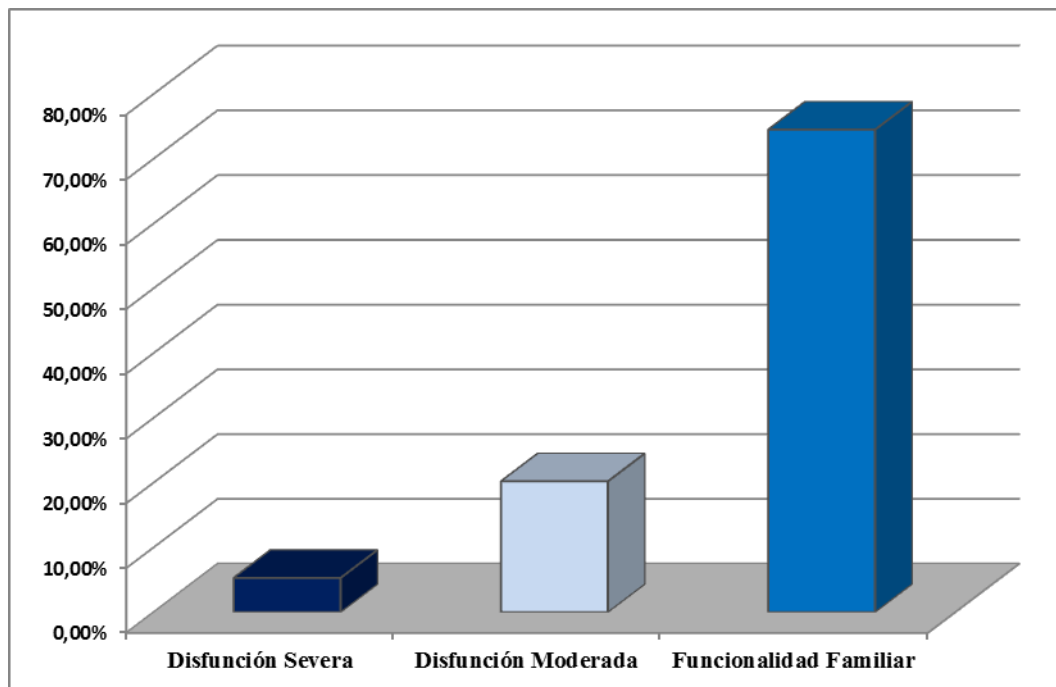


Figura. V.15. Relación de resultados según funcionalidad familiar.

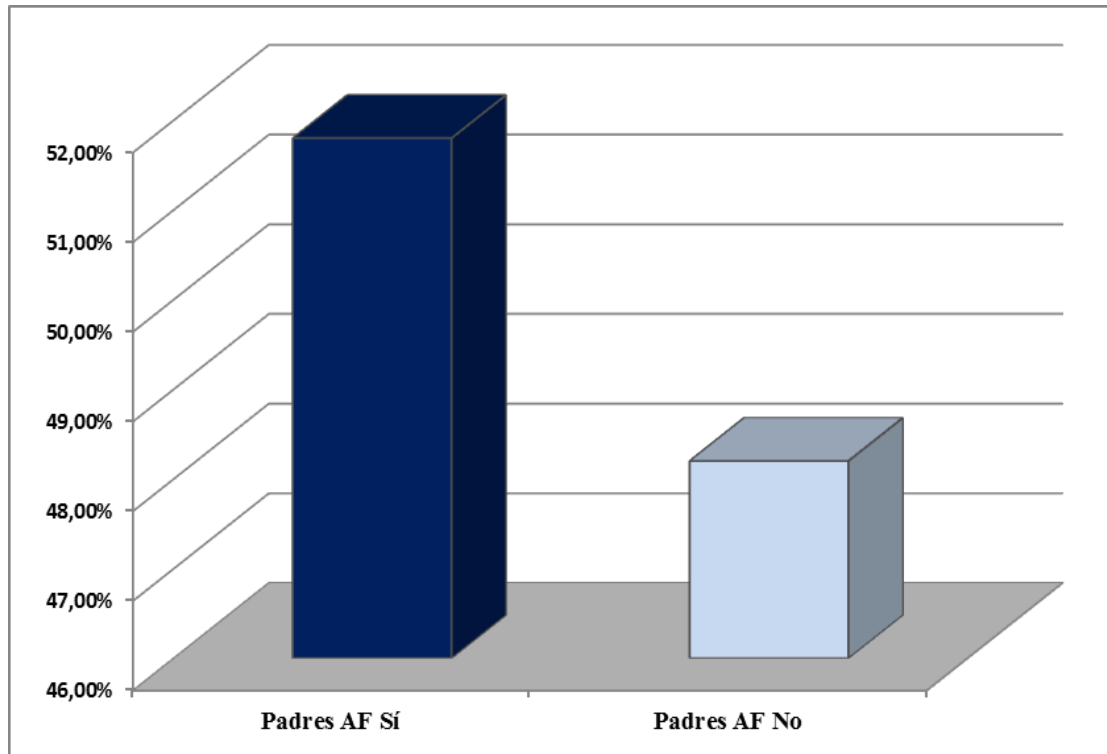


Figura V.16. Relación de resultados según práctica de AF por parte de los padres.

En cuanto a la relación entre la funcionalidad familiar (APGAR) y la práctica de actividad física de los padres, no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas ($p=.109$), como puede desprenderse de la siguiente tabla.

Tabla.V.11. Distribución del APGAR según práctica de AF de los padres.

AF Padres		APGAR			Total
		Disfunción Severa	Disfunción Moderada	Funcionalidad Familiar	
SI	Recuento	48	220	837	1105
	% AF Padres	4,3%	19,9%	75,7%	100,0%
	% APGAR	42,5%	50,9%	52,7%	51,8%
NO	Recuento	65	212	752	1029
	% AF Padres	6,3%	20,6%	73,1%	100,0%
	% APGAR	57,5%	49,1%	47,3%	48,2%
Total	Recuento	113	432	1589	2134
	% AF Padres	5,3%	20,2%	74,5%	100,0%
	% APGAR	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

V.2. COMPARATIVOS

En este segundo apartado del análisis de los resultados, se procederá a comparar todo el conjunto de variables entre sí.

V.2.1. VARIABLE DE GÉNERO EN FUNCION DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO

Tomando como referencia los análisis comparativos, vamos a establecer las relaciones entre el género con el resto de parámetros objeto de estudio, como son el tabaco (consumo), alcohol (consumo, dependencia y daño), autoconcepto forma 5 (AF5), actividad física (práctica, tipología y nivel), rendimiento académico y APGAR (funcionalidad familiar, nivel de actividad física y nivel de estudios de padres).

En cuanto a la variable de género, en primer lugar se determinó la relación entre el sexo y el consumo de tabaco, no generándose diferencias estadísticamente significativas ($p \geq .050$) tal y como se puede observar en la siguiente tabla, donde al comparar la dependencia con respecto al tabaco entre chicos y chicas, los resultados mostraron cifras muy parecidas en ambos casos.

Tabla.V.12. Distribución del sexo según consumo de tabaco.

Género		Consumo Tabaco				Total
		No Fumador	Dependencia Baja	Dependencia Media	Dependencia Alta	
Masculino	Recuento	968	71	10	13	1062
	% Género	91,1%	6,7%	0,9%	1,2%	100,0%
	% Tabaco	49,9%	44,9%	52,6%	72,2%	49,8%
Femenino	Recuento	971	87	9	5	1072
	% Género	90,6%	8,1%	0,8%	0,5%	100,0%
	% Tabaco	50,1%	55,1%	47,4%	27,8%	50,2%
Total	Recuento	1939	158	19	18	2134
	% Género	90,9%	7,4%	0,9%	0,8%	100,0%
	% Tabaco	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En segundo lugar, se analizó el vínculo existente entre el grado de dependencia según sexo, donde los resultados reportaron diferencias estadísticamente significativas ($p = .005^{***}$), relevando que el sexo femenino (81,6%) muestra cifras más elevadas que el masculino (77,6%) en lo que a no dependencia se refiere. Tales valores mantienen

proporciones similares cuando analizamos la dependencia media en consumo de alcohol, donde los resultados desvelan que los chicos (7,5%) dependen más que las chicas (4,1%).

Tabla V.13. Distribución del sexo según dependencia de alcohol.

Dependencia Alcohol		Género		Total
		Masculino	Femenino	
No Dependencia	Recuento	820	875	1695
	% Dependencia	48,4%	51,6%	100,0%
	% Género	77,2%	81,6%	79,4%
Dependencia Baja	Recuento	145	140	285
	% Dependencia	50,9%	49,1%	100,0%
	% Género	13,7%	13,1%	13,4%
Dependencia Media	Recuento	80	44	124
	% Dependencia	64,5%	35,5%	100,0%
	% Género	7,5%	4,1%	5,8%
Dependencia Alta	Recuento	17	13	30
	% Dependencia	56,7%	43,3%	100,0%
	% Género	1,6%	1,2%	1,4%
Total	Recuento	1062	1072	2134
	% Dependencia	49,8%	50,2%	100,0%
	% Género	100,0%	100,0%	100,0%

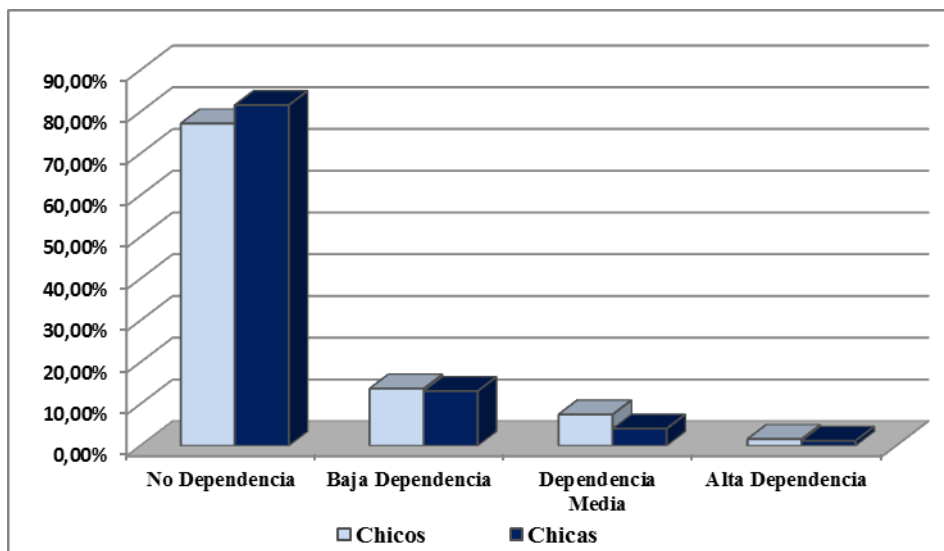


Figura. V.17. Distribución del sexo según dependencia de alcohol.

En el mismo sentido se arrojan los resultados al establecer la relación entre sexo y consumo de alcohol (cantidad y frecuencia) generándose en las variables de “escaso consumo” y “consumo excesivo” diferencias estadísticamente significativas ($p \leq .000^{**}$).

Apreciamos como las chicas en un 28,2% llevan a cabo un escaso consumo de alcohol, frente al 22,5% de los chicos. Por otra parte, estas abusan de forma excesiva en cantidades inferiores (4,5%) que los chicos (8,8%).

Tabla V.14. Distribución del sexo según consumo de alcohol.

Consumo Alcohol		Género		Total
		Masculino	Femenino	
No Consume	Recuento	484	474	958
	% Consumo	50,5%	49,5%	100,0%
	% Género	45,6%	44,2%	44,9%
Consumo Escaso	Recuento	239	302	541
	% Consumo	44,2%	55,8%	100,0%
	% Género	22,5%	28,2%	25,4%
Consumo Medio	Recuento	246	248	494
	% Consumo	49,8%	50,2%	100,0%
	% Género	23,2%	23,1%	23,1%
Consumo Excesivo	Recuento	93	48	141
	% Consumo	66,0%	34,0%	100,0%
	% Género	8,8%	4,5%	6,6%
Total	Recuento	1062	1072	2134
	% Consumo	49,8%	50,2%	100,0%
	% Género	100,0%	100,0%	100,0%

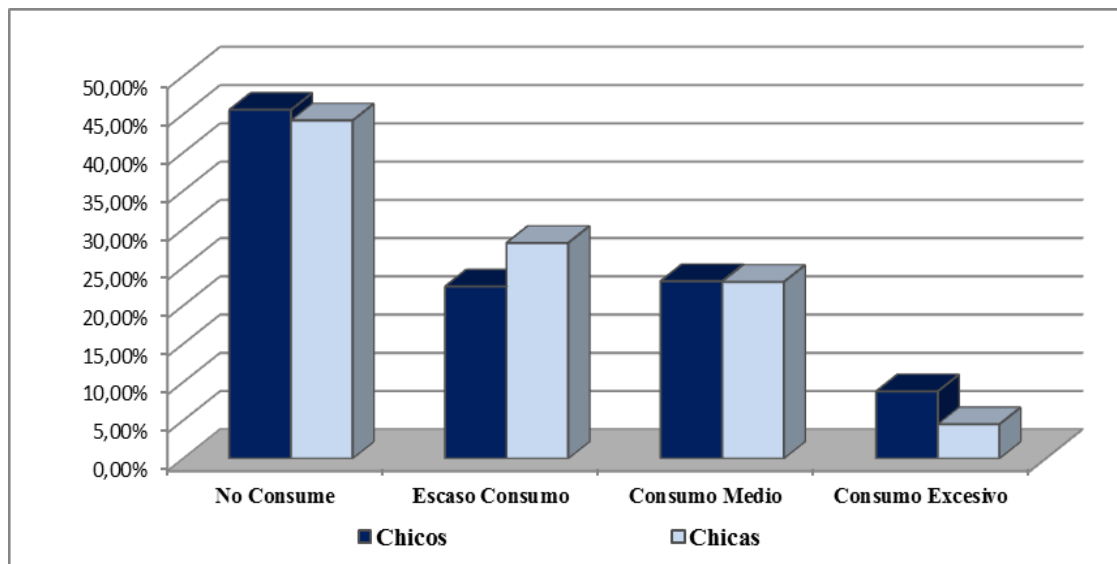


Figura. V.18. Distribución del sexo según consumo de alcohol.

Por último, en cuanto a la relación de estas dos variables se refiere, no se detectaron discrepancias estadísticamente significativas ($p=.684$) entre chicos y chicas sobre las conductas dañinas tras la ingesta de alcohol, aunque sigue siendo el sexo masculino el que muestra valores más elevados en este sentido.

Tabla V.15. Distribución del sexo según conductas dañinas tras ingesta de alcohol.

Daño Alcohol		Género		Total
		Masculino	Femenino	
No Daño	Recuento	698	696	1394
	% Daño	50,1%	49,9%	100,0%
	% Género	65,7%	64,9%	65,3%
Daño Escaso	Recuento	180	199	379
	% Daño	47,5%	52,5%	100,0%
	% Género	16,9%	18,6%	17,8%
Daño A Veces	Recuento	125	126	251
	% Daño	49,8%	50,2%	100,0%
	% Género	11,8%	11,8%	11,8%
Daño Siempre	Recuento	59	51	110
	% Daño	53,6%	46,4%	100,0%
	% Género	5,6%	4,8%	5,2%
Total	Recuento	1062	1072	2134
	% Daño	49,8%	50,2%	100,0%
	% Género	100,0%	100,0%	100,0%

En cuanto a las relaciones de las dimensiones del autoconcepto con el género, se detectan diferencias estadísticamente significativas ($p \leq .05^{**}$) en la dimensión académica, emocional y física; en la primera de ellas las chicas presentan valores medios más elevados que los chicos ($M=3,42$ frente al $3,30$ medio de ellos); mientras que en la emocional y física son ellos los que presentan valores medios más elevados; en las dos restantes dimensiones no se halló asociación, como se aprecia en la siguiente tabla.

Tabla V.16. Dimensiones del autoconcepto según sexo.

Dimensiones Autoconcepto		Media	Desviación Típica	F	X ²
AA	Masculino	3,30	,730	15,674	p= .000***
	Femenino	3,42	,742		
AS	Masculino	3,95	,701	,252	p=.616
	Femenino	3,93	,689		
AE	Masculino	3,46	,753	74,632	p= .000***
	Femenino	3,18	,737		
AFM	Masculino	4,11	,771	1,254	p=.263
	Femenino	4,07	,805		
AF	Masculino	3,59	,763	127,040	p= .000***
	Femenino	3,21	,756		

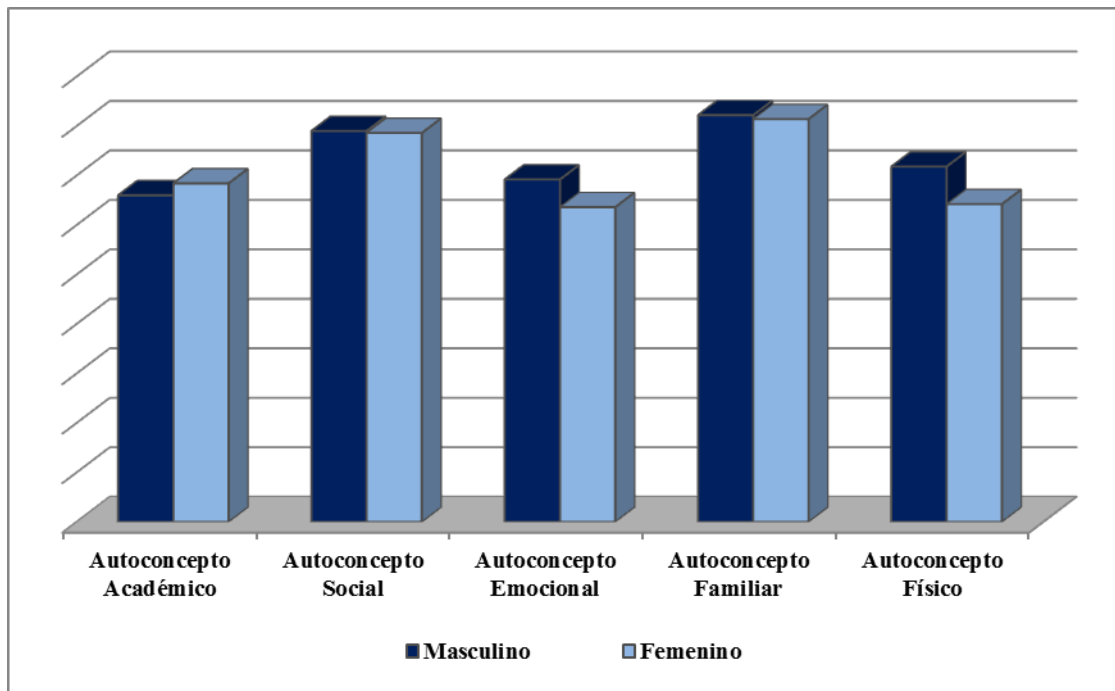


Figura V.19. Distribución del autoconcepto según sexo.

Los resultados estadísticos que se desprenden de la variable “¿practicar actividad física fuera del centro escolar?” en relación al sexo, expresadas en la siguiente tabla, no reportan resultados significativos ($p=.916$), debido a que tanto el sexo masculino como el femenino se muestran con porcentajes similares en cuanto a su participación en actividades deportivas en horario extraescolar.

Tabla V.17. Relación de resultados de práctica de AF según sexo.

Práctica de AF		Género		Total
		Masculino	Femenino	
Sí Practica	Recuento	711	720	1431
	% Practica	49,7%	50,3%	100,0%
	% Género	66,9%	67,2%	67,1%
No Practica	Recuento	351	352	703
	% Practica	49,9%	50,1%	100,0%
	% Género	33,1%	32,8%	32,9%
Total	Recuento	1062	1072	2134
	% Practica	49,8%	50,2%	100,0%
	% Género	100,0%	100,0%	100,0%

Resultados muy similares a los anteriores, se han hallado al analizar la relación existente entre sexo y tipo de deporte practicado, donde no se han encontrado discrepancias significativas ($p=.817$). En la siguiente tabla se puede observar como chicos y chicas

muestran un índice de participación muy similar en deportes individuales, deportes colectivos, actividades de gimnasio y otros deportes. Además, el porcentaje de inactividad en ambos sexos difiere en apenas unas décimas.

Tabla V.18. Relación de nivel de AF según sexo.

Modalidad de Actividad		Género		Total
		Masculino	Femenino	
Deportes Individuales	Recuento	156	151	307
	% Modalidad	50,8%	49,2%	100,0%
	% Género	14,7%	14,1%	14,4%
Deportes Colectivos	Recuento	289	292	581
	% Modalidad	49,7%	50,3%	100,0%
	% Género	27,2%	27,2%	27,2%
Actividades Gimnasio	Recuento	41	50	91
	% Modalidad	45,1%	54,9%	100,0%
	% Género	3,9%	4,7%	4,3%
Otros	Recuento	225	227	452
	% Modalidad	49,8%	50,2%	100,0%
	% Género	21,2%	21,2%	21,2%
No Practica	Recuento	351	352	703
	% Modalidad	49,9%	50,1%	100,0%
	% Género	33,1%	32,8%	32,9%
Total	Recuento	1062	1072	2134
	% Modalidad	49,8%	50,2%	100,0%
	% Género	100,0%	100,0%	100,0%

En lo concerniente a la correlación entre género y nivel deportivo, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p = .003^{***}$) entre chicos y chicas en lo que a licencias federativas se refiere. El sexo masculino se encuentra federado en un 55,9% de los casos, frente al 44,1% de las chicas.

Tabla V.19. Relación del sexo según nivel deportivo.

Nivel de Práctica		Género		Total
		Masculino	Femenino	
Sí Federado	Recuento	261	206	467
	% Nivel	55,9%	44,1%	100,0%
	% Género	24,6%	19,2%	21,9%
No Federado	Recuento	801	866	1667
	% Nivel	48,1%	51,9%	100,0%
	% Género	75,4%	80,8%	78,1%
Total	Recuento	1062	1072	2134
	% Nivel	49,8%	50,2%	100,0%
	% Género	100,0%	100,0%	100,0%

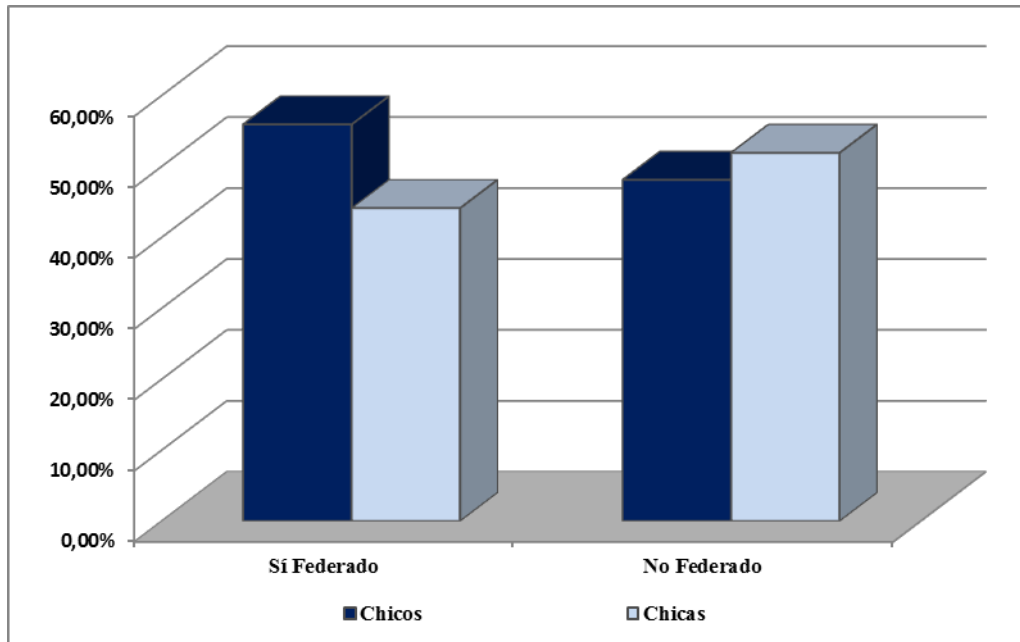


Figura V.20. Distribución del sexo según nivel deportivo.

En el mismo sentido se arrojan resultados al establecer la relación entre el género y el rendimiento académico, generándose en todos los casos diferencias estadísticamente significativas ($p=.010^{***}$). Al comparar los resultados entre chicos y chicas en cuanto a si habían repetido algún curso, el sexo masculino obtiene valores más elevados (53,5%) frente al femenino (46,5%), por lo que se deduce que las chicas obtienen mejores calificaciones académicas que los chicos. Sigue la misma pauta la comparativa entre ambos sexos en el campo “no he repetido”, donde de nuevo las féminas (52,3%) superan a los varones (47,7%).

Tabla V.20. Relación del sexo según rendimiento académico.

Repetición		Género		Total
		Masculino	Femenino	
Sí Repite	Recuento	401	348	749
	% Repetición	53,5%	46,5%	100,0%
	% Género	37,8%	32,5%	35,1%
No Repite	Recuento	661	724	1385
	% Repetición	47,7%	52,3%	100,0%
	% Género	62,2%	67,5%	64,9%
Total	Recuento	1062	1072	2134
	% Repetición	49,8%	50,2%	100,0%
	% Género	100,0%	100,0%	100,0%

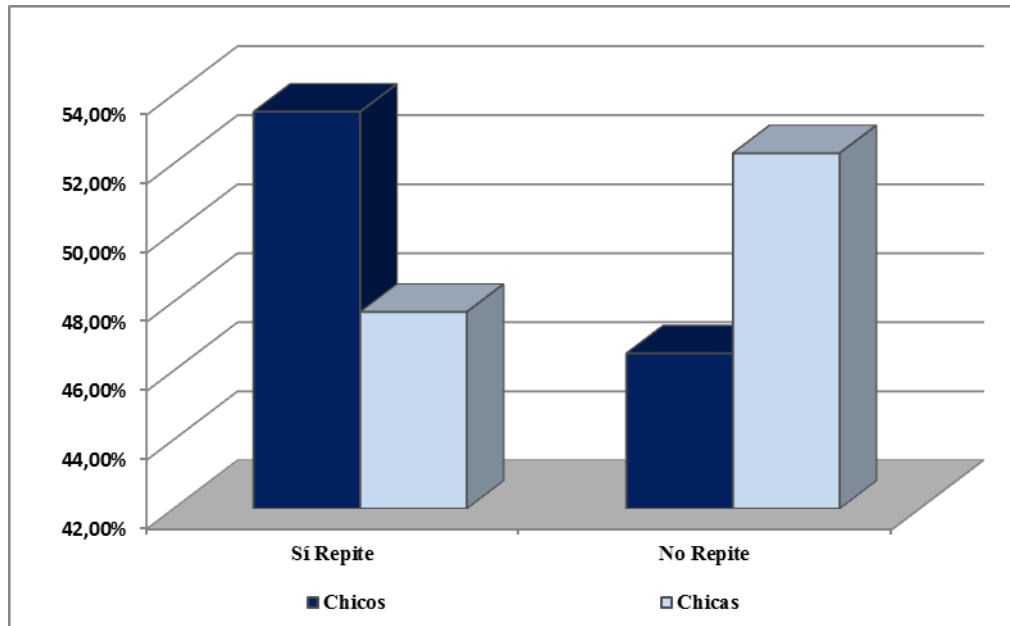


Figura.V.21. Distribución del sexo según rendimiento académico.

Si atendemos a la variable sexo según el nivel de funcionalidad familiar (APGAR), el análisis indicó que en relación al campo “disfunción severa”, se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($p=0,018^{***}$), siendo las chicas las que presentan peores relaciones familiares (62,8%) que los chicos (37,2%). En lo referente a los campos “Disfunción Moderada” y “Funcionalidad Familiar” se aprecian valores similares.

Tabla V.21. Relación del sexo según funcionalidad familiar.

APGAR		Género		Total
		Masculino	Femenino	
Disfunción Severa	Recuento	42	71	113
	% APGAR	37,2%	62,8%	100,0%
	% Género	4,0%	6,6%	5,3%
Disfunción Moderada	Recuento	212	220	432
	% APGAR	49,1%	50,9%	100,0%
	% Género	20,0%	20,5%	20,2%
Funcionalidad Familiar	Recuento	808	781	1589
	% APGAR	50,8%	49,2%	100,0%
	% Género	76,1%	72,9%	74,5%
Total	Recuento	1062	1072	2134
	% APGAR	49,8%	50,2%	100,0%
	% Género	100,0%	100,0%	100,0%

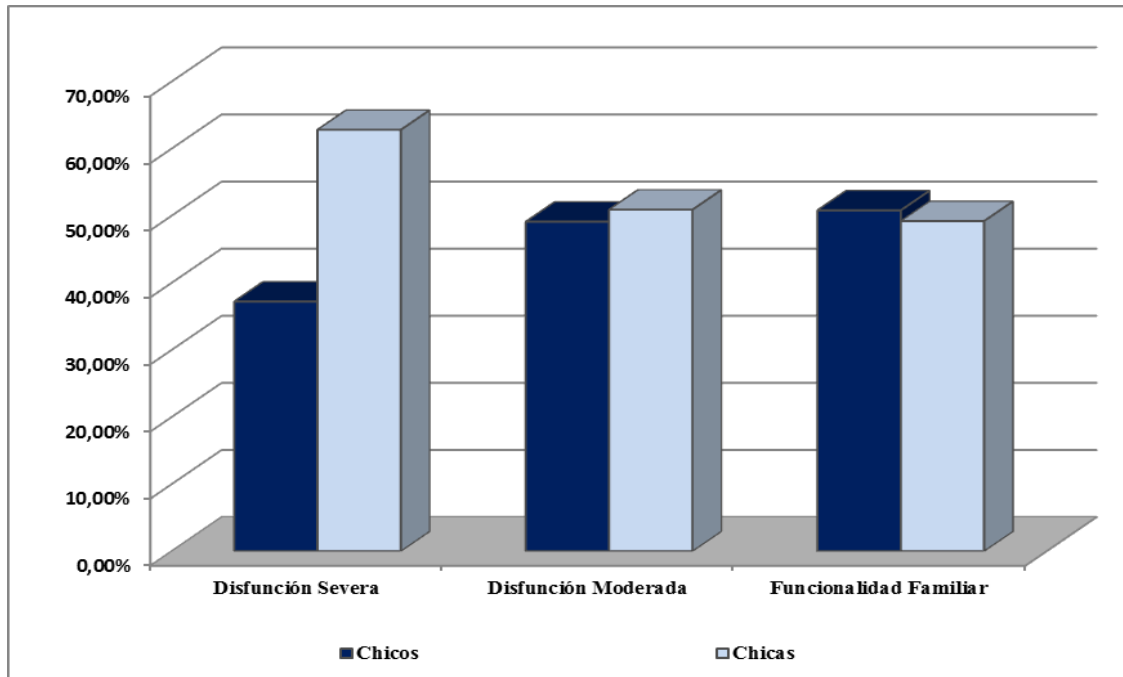


Figura V.22. Distribución del sexo según funcionalidad familiar.

En lo que respecta al género en función del nivel de actividad física practicado por los padres, los datos no reportaron diferencias estadísticamente significativas ($p=.801$). Los progenitores de chicos y chicas muestran que practican por igual actividad física, con valores que se aproximan e igualan al 50%.

Tabla V.22. Relación del sexo según práctica de AF por parte de padres.

Practica AF Padres		Género		Total
		Masculino	Femenino	
Si Practican	Recuento	547	558	1105
	% Practica	49,5%	50,5%	100,0%
	% Género	51,5%	52,1%	51,8%
No Practican	Recuento	515	514	1029
	% Práctica	50,0%	50,0%	100,0%
	% Género	48,5%	47,9%	48,2%
Total	Recuento	1062	1072	2134
	% Práctica	49,8%	50,2%	100,0%
	% Género	100,0%	100,0%	100,0%

V.2.2. VARIABLE DE TABACO Y RESTO DE PARÁMETROS

En relación al consumo de tabaco y el autoconcepto, los datos nos reportaron diferencias estadísticamente significativas ($p \leq .05^{**}$), en cuanto a la dimensiones académica, familiar y física; de esta forma en la primera y segunda los datos son bastante heterogéneos entre los no fumadores y los de dependencia media y alta.

Sin embargo en la de tipo físico, se aprecia disparidad entre no fumadores y los que presentan una alta necesidad de fumar, como queda reflejado en la siguiente tabla:

Tabla V.23. Relación del tabaco con AF-5.

Dimensiones Autoconcepto		Media	Desviación Típica	F	X ²
AA	No Fumador	3,39	,734	15,824	p= .000***
	Dependencia Baja	3,01	,685		
	Dependencia Media	2,92	,778		
	Dependencia Alta	3,41	,703		
AS	No Fumador	3,93	,690	2,259	p=.080
	Dependencia Baja	4,04	,716		
	Dependencia Media	4,21	,996		
	Dependencia Alta	3,86	,664		
AE	No Fumador	3,32	,752	1,625	p= .182
	Dependencia Baja	3,29	,796		
	Dependencia Media	3,67	,742		
	Dependencia Alta	3,46	,966		
AFM	No Fumador	4,12	,770	11,542	p=.000***
	Dependencia Baja	3,78	,898		
	Dependencia Media	3,74	1,033		
	Dependencia Alta	3,82	,698		
AF	No Fumador	3,42	,780	6,540	p= .000***
	Dependencia Baja	3,15	,765		
	Dependencia Media	3,57	,699		
	Dependencia Alta	3,66	,766		

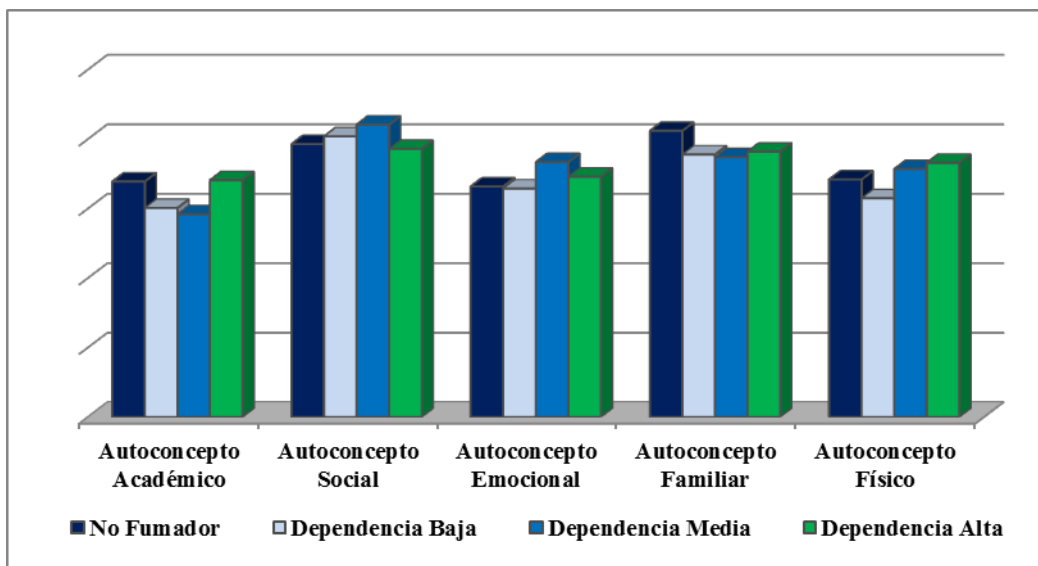


Figura. V.23. Distribución del autoconcepto según consumo de tabaco.

Igualmente se detectan diferencias estadísticamente significativas ($p=.035^{***}$) entre el consumo de tabaco y la práctica de actividad física fuera del horario escolar; estas vienen establecidas porque los estudiantes que no fuman son más practicantes de actividad física que los fumadores (92% frente al 88,6%).

Tabla V.24. Relación del tabaco con la práctica de AF.

Consumo de Tabaco		AF		Total
		SI	NO	
No Fumador	Recuento	1316	623	1939
	% Tabaco	67,9%	32,1%	100,0%
	% AF	92,0%	88,6%	90,9%
Dependencia Baja	Recuento	97	61	158
	% Tabaco	61,4%	38,6%	100,0%
	% AF	6,8%	8,7%	7,4%
Dependencia Moderada	Recuento	9	10	19
	% Tabaco	47,4%	52,6%	100,0%
	% AF	0,6%	1,4%	0,9%
Dependencia Alta	Recuento	9	9	18
	% Tabaco	50,0%	50,0%	100,0%
	% AF	0,6%	1,3%	0,8%
Total	Recuento	1431	703	2134
	% Tabaco	67,1%	32,9%	100,0%
	% AF	100,0%	100,0%	100,0%

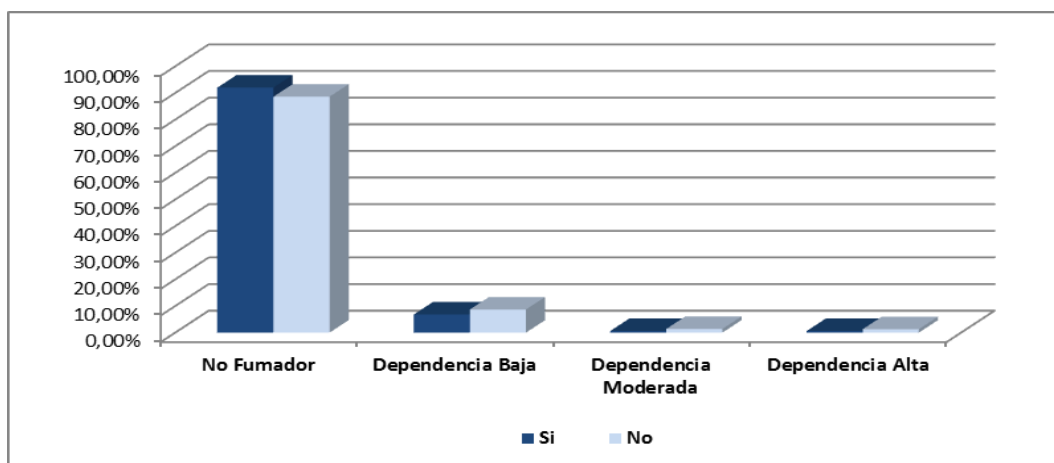


Figura. V.24. Distribución de la práctica de AF según consumo de tabaco.

En lo que concierne a la relación que muestra el consumo de tabaco y tipo de deporte practicado, no se desprenden diferencias estadísticamente significativas ($p=.225$) del análisis de resultados; de tal forma que el consumo de tabaco está presente en las mismas proporciones en las diferentes modalidades deportivas.

Tabla V.25. Relación del tabaco con la modalidad de AF.

Consumo de Tabaco		Modalidad Deportiva					Total
		Deportes Individuales	Deportes Colectivos	Actividades Gimnasio	Otros	No Practica	
No Fumador	Recuento	285	530	85	416	623	1939
	% Tabaco	14,7%	27,3%	4,4%	21,5%	32,1%	100,0%
	% Modalidad	92,8%	91,2%	93,4%	92,0%	88,6%	90,9%
Dependencia Baja	Recuento	20	45	5	27	61	158
	% Tabaco	12,7%	28,5%	3,2%	17,1%	38,6%	100,0%
	% Modalidad	6,5%	7,7%	5,5%	6,0%	8,7%	7,4%
Dependencia Moderada	Recuento	2	4	0	3	10	19
	% Tabaco	10,5%	21,1%	0,0%	15,8%	52,6%	100,0%
	% Modalidad	0,7%	0,7%	0,0%	0,7%	1,4%	0,9%
Dependencia Alta	Recuento	0	2	1	6	9	18
	% Tabaco	0,0%	11,1%	5,6%	33,3%	50,0%	100,0%
	% Modalidad	0,0%	0,3%	1,1%	1,3%	1,3%	0,8%
Total	Recuento	307	581	91	452	703	2134
	% Tabaco	14,4%	27,2%	4,3%	21,2%	32,9%	100,0%
	% Modalidad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Del mismo modo, donde no se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p=.999$) fue en la relación entre tabaco y nivel deportivo del alumnado.

En la siguiente tabla se puede observar como el porcentaje de personas que están o no federadas, es muy parecido en todos niveles de consumo de tabaco.

Tabla V.26. Relación del nivel deportivo según consumo de tabaco.

Consumo de Tabaco		Nivel Deportivo		Total
		Federado	No Federado	
No Fumador	Recuento	424	1515	1939
	% Tabaco	21,9%	78,1%	100,0%
	% Nivel	90,8%	90,9%	90,9%
Dependencia Baja	Recuento	35	123	158
	% Tabaco	22,2%	77,8%	100,0%
	% Nivel	7,5%	7,4%	7,4%
Dependencia Moderada	Recuento	4	15	19
	% Tabaco	21,1%	78,9%	100,0%
	% Nivel	0,9%	0,9%	0,9%
Dependencia Alta	Recuento	4	14	18
	% Tabaco	22,2%	77,8%	100,0%
	% Nivel	0,9%	0,8%	0,8%
Total	Recuento	467	1667	2134
	% Tabaco	21,9%	78,1%	100,0%
	% Nivel	100,0%	100,0%	100,0%

Analizando la relación existente entre el consumo de tabaco y rendimiento académico, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=.138$), tal y como se observa en la siguiente tabla, donde el alumnado que ha repetido curso como el que no, presentan valores muy parecidos en lo que a consumo y dependencia de tabaco se refiere.

Tabla V.27. Relación del tabaco con rendimiento académico.

Consumo de Tabaco		Repetidor		Total
		SI	NO	
No Fumador	Recuento	666	1273	1939
	% Tabaco	34,3%	65,7%	100,0%
	% Repetidor	88,9%	91,9%	90,9%
Dependencia Baja	Recuento	66	92	158
	% Tabaco	41,8%	58,2%	100,0%
	% Repetidor	8,8%	6,6%	7,4%
Dependencia Moderada	Recuento	9	10	19
	% Tabaco	47,4%	52,6%	100,0%
	% Repetidor	1,2%	0,7%	0,9%
Dependencia Alta	Recuento	8	10	18
	% Tabaco	44,4%	55,6%	100,0%
	% Repetidor	1,1%	0,7%	0,8%
Total	Recuento	749	1385	2134
	% Tabaco	35,1%	64,9%	100,0%
	% Repetidor	100,0%	100,0%	100,0%

Sin embargo, al correlacionar el consumo de tabaco con la funcionalidad familiar (APGAR), se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=.000^{**}$) en todos los campos de consumo de tabaco. Tal y como podemos observar en la siguiente tabla, a medida que aumenta el consumo de tabaco en los adolescentes, empeoran las relaciones familiares. En la dimensión “No Fumador”, se aprecia que un 4,8% presenta disfunción severa, un 18,8% disfunción moderada y un 76,4% funcionalidad familiar adecuada.

En cuanto a baja dependencia se refiere, el porcentaje de disfunción severa aumenta con respecto a la escala anterior hasta un 10,1%, en disfunción moderada hasta un 32,9% y disminuye hasta el 57% en funcionalidad familiar. En líneas generales, tales proporciones se mantienen en cuanto a dependencia moderada en tabaco se refiere, donde el campo disfunción severa en las relaciones familiares vuelve a aumentar en algo más de cinco puntos (15,8%), se mantiene en disfunción moderada (31,6%) y desciende de nuevo en funcionalidad familiar hasta el 52,6%.

Por último, aquellas personas que poseen dependencia alta, curiosamente, poseen menos disfunción severa que en las dos escalas anteriores (dependencia baja y moderada). Por el contrario los valores en disfunción familiar moderada aumentan de nuevo hasta un 50% de los casos y en funcionalidad familiar desciende hasta el 44%.

Tabla V.28. Relación del tabaco con funcionalidad familiar.

Consumo de Tabaco		APGAR			Total
		Disfunción Severa	Disfunción Moderada	Funcionalidad Familiar	
No Fumador	Recuento	93	365	1481	1939
	% Tabaco	4,8%	18,8%	76,4%	100,0%
	% APGAR	82,3%	84,5%	93,2%	90,9%
Dependencia Baja	Recuento	16	52	90	158
	% APGAR	10,1%	32,9%	57,0%	100,0%
	% Modalidad	14,2%	12,0%	5,7%	7,4%
Dependencia Moderada	Recuento	3	6	10	19
	% Tabaco	15,8%	31,6%	52,6%	100,0%
	% APGAR	2,7%	1,4%	0,6%	0,9%
Dependencia Alta	Recuento	1	9	8	18
	% Tabaco	5,6%	50,0%	44,4%	100,0%
	% APGAR	0,9%	2,1%	0,5%	0,8%
Total	Recuento	113	432	1589	2134
	% Tabaco	5,3%	20,2%	74,5%	100,0%
	% APGAR	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

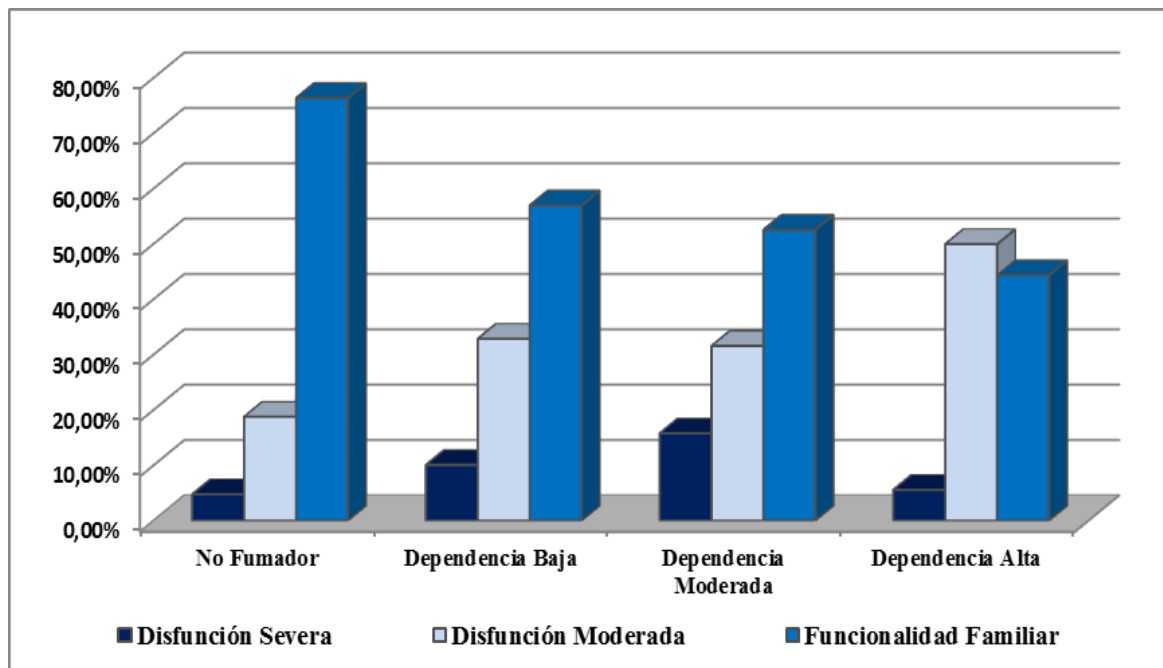


Figura V.25. Distribución de la funcionalidad familiar según consumo de tabaco.

En cuanto a la relación entre el consumo de tabaco y la práctica de actividad física por parte de los padres, los resultados depararon diferencias estadísticamente significativas ($p=0.015^{**}$), las cuales vienen propiciadas al hallar que un 92,4% de la población no fumadora, posee padres que practican actividad física frente al 89,2% que no lo hacían.

Asimismo, el aumento en dependencia al tabaco por parte de los discentes, se traduce en una disminución de práctica de actividad física por parte de los padres como se desprende de los datos de la siguiente tabla.

Tabla V.29. Relación del tabaco con práctica de AF de padres.

Consumo de Tabaco		AF Padres		Total
		SI	NO	
No Fumador	Recuento	1021	918	1939
	% Tabaco	52,7%	47,3%	100,0%
	% AF Padres	92,4%	89,2%	90,9%
Dependencia Baja	Recuento	70	88	158
	% Tabaco	44,3%	55,7%	100,0%
	% AF Padres	6,3%	8,6%	7,4%
Dependencia Moderada	Recuento	10	9	19
	% Tabaco	52,6%	47,4%	100,0%
	% AF Padres	0,9%	0,9%	0,9%
Dependencia Alta	Recuento	4	14	18
	% Tabaco	22,2%	77,8%	100,0%
	% AF Padres	0,4%	1,4%	0,8%
Total	Recuento	1105	1029	2134
	% Tabaco	51,8%	48,2%	100,0%
	% AF Padres	100,0%	100,0%	100,0%

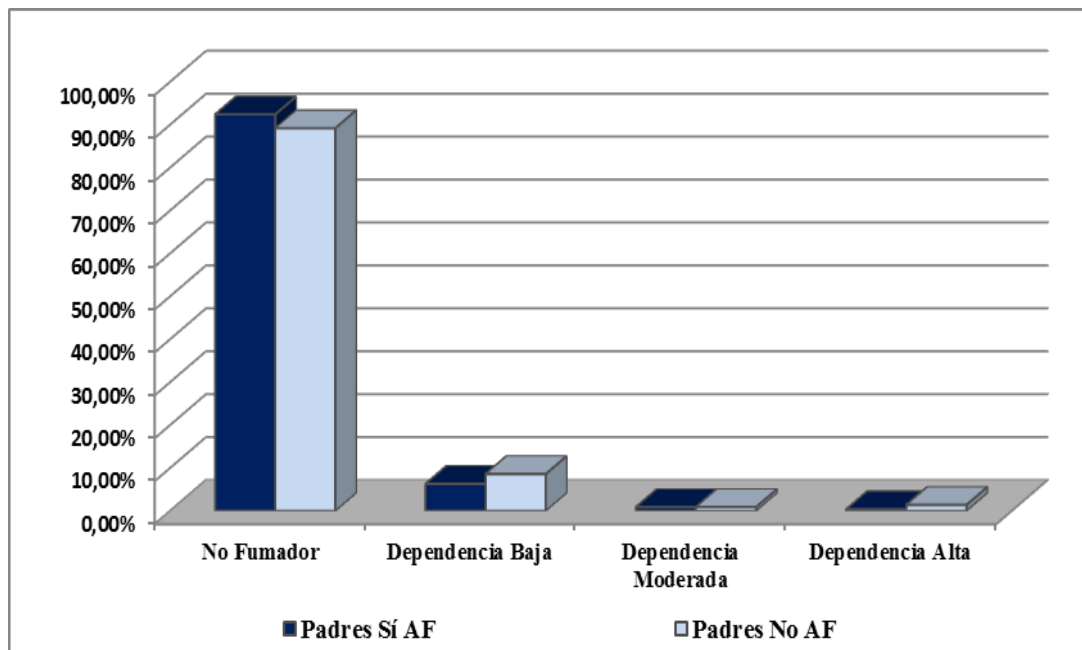


Figura V.26 Distribución de práctica de AF padres según consumo de tabaco.

V.2.3. VARIABLE DE ALCOHOL Y RESTO DE VARIABLES

En lo concerniente al análisis de los índices de consumo e ingesta de alcohol en cuanto a las cinco dimensiones del autoconcepto, en la siguiente tabla, tras la realización del análisis ANOVA, se muestra la asociación de las tres categorías del AUDIT con cada una de las dimensiones.

Debemos señalar que los datos del autoconcepto académico, social y familiar mostraron relación estadísticamente significativa en todos los casos ($p \leq .05^{***}$) como se aprecia en la siguiente tabla; por el contrario, el autoconcepto físico no mostró en ningún caso asociación con las tres categorías propuestas en el AUDIT; puntualizar igualmente el de tipo emocional, que no estableció relación al compararlo con daño por alcohol.

Tabla V.30. Consumo, ingesta y daño de alcohol en relación con el Autoconcepto-AF5.

Consumo Alcohol (AUDIT)	Dependencia del Alcohol	Cantidad y Frecuencia	Daño Alcohol
Autoconcepto Académico	F=26,846 (p=.000**)	F=52,621 (p=.000**)	F=23,548 (p=.000**)
Autoconcepto Social	F=4,392 (p=.004**)	F=9,154 (p=.000**)	F=7,482 (p=.000**)
Autoconcepto Emocional	F=2,167 (p=.090)	F=2,207 (p=.085)	F=3,797 (p=.010**)
Autoconcepto Familiar	F=18,983 (p=.000**)	F=16,618 (p=.000**)	F=16,431 (p=.000**)
Autoconcepto Físico	F=.593 (p=.593)	F=1,335 (p=.261)	F=1,468 (p=.221)

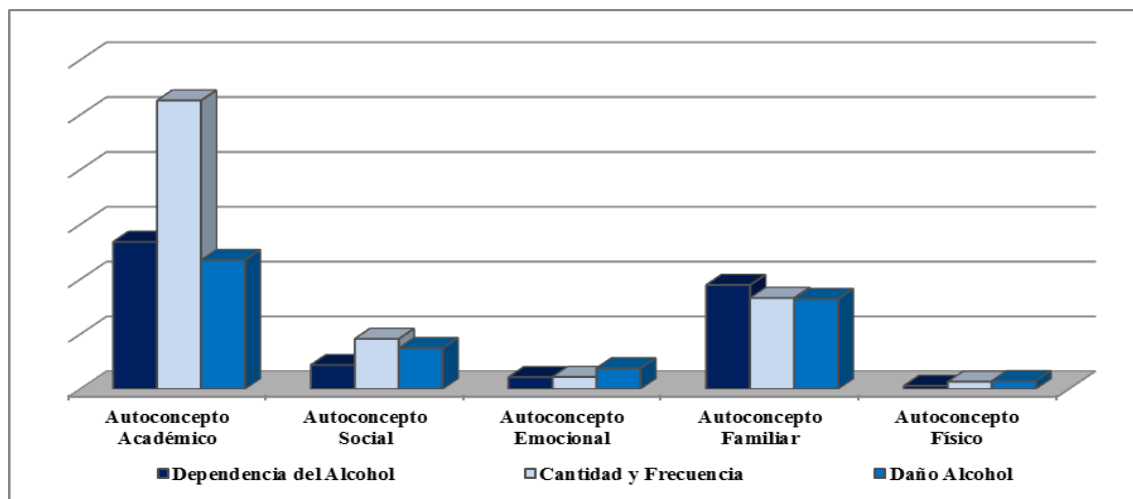


Figura V.27. Distribución del autoconcepto según consumo de alcohol.

En lo concerniente al vínculo entre la dependencia de alcohol y la práctica de actividad física, los resultados no arrojaron discrepancias estadísticamente significativas ($p=.975$). Como se puede apreciar en la tabla siguiente, el alumnado que practica actividad física muestra valores muy similares en consumo y dependencia a los que no hacen ningún tipo de ejercicio.

Tabla V.31. Dependencia de alcohol según práctica de AF.

Dependencia Alcohol		Práctica AF		Total
		SI	NO	
No Dependencia	Recuento	1137	558	1695
	% Dependencia	67,1%	32,9%	100,0%
	% Práctica	79,5%	79,4%	79,4%
Dependencia Baja	Recuento	189	96	285
	% Dependencia	66,3%	33,7%	100,0%
	% Práctica	13,2%	13,7%	13,4%
Dependencia Media	Recuento	84	40	124
	% Dependencia	67,7%	32,3%	100,0%
	% Práctica	5,9%	5,7%	5,8%
Dependencia Alta	Recuento	21	9	30
	% Dependencia	70,0%	30,0%	100,0%
	% Práctica	1,5%	1,3%	1,4%
Total	Recuento	1431	703	2134
	% Dependencia	67,1%	32,9%	100,0%
	% Práctica	100,0%	100,0%	100,0%

Tomando ahora como referencia los análisis de cantidad y frecuencia en cuanto a parámetros de práctica física, los datos no mostraron diferencias estadísticas ($p=.113$), lo cual se traduce en que el practicar actividad física fuera del centro o no, no influye en tener más o menos dependencia en cuanto a la ingesta de alcohol se refiere.

Tabla V.32. Consumo de alcohol según práctica de AF.

Consumo Alcohol		Práctica AF		Total
		SI	NO	
No Consume	Recuento	636	322	958
	% Consumo	66,4%	33,6%	100,0%
	% Práctica	44,4%	45,8%	44,9%
Consumo Escaso	Recuento	370	171	541
	% Consumo	68,4%	31,6%	100,0%
	% Práctica	25,9%	24,3%	25,4%
Consumo Medio	Recuento	342	152	494
	% Consumo	69,2%	30,8%	100,0%
	% Práctica	23,9%	21,6%	23,1%
Consumo Excesivo	Recuento	83	58	141
	% Consumo	58,9%	41,1%	100,0%
	% Práctica	5,8%	8,3%	6,6%
Total	Recuento	1431	703	2134
	% Consumo	67,1%	32,9%	100,0%
	% Práctica	100,0%	100,0%	100,0%

Al igual que ocurre en las dos comparativas anteriores, del análisis realizado sobre el daño que provoca el alcohol tras su ingesta con respecto a la práctica de actividad física fuera del centro, no se reportan diferencias significativas ($p=.380$), lo cual supone que el practicar algún tipo de ejercicio o no en horario extraescolar, no varía el daño provocado por la toma de bebidas alcohólicas en sus diferentes dimensiones.

Tabla V.33. Daño de alcohol según práctica de AF.

Consumo Alcohol		Práctica AF		Total
		SI	NO	
No Daño	Recuento	920	474	1394
	% Daño	66,0%	34,0%	100,0%
	% Práctica	64,3%	67,4%	65,3%
Daño Escaso	Recuento	268	111	379
	% Daño	70,7%	29,3%	100,0%
	% Práctica	18,7%	15,8%	17,8%
Daño A Veces	Recuento	170	81	251
	% Daño	67,7%	32,3%	100,0%
	% Práctica	11,9%	11,5%	11,8%
Daño Siempre	Recuento	73	37	110
	% Daño	66,4%	33,6%	100,0%
	% Práctica	5,1%	5,3%	5,2%
Total	Recuento	1431	703	2134
	% Daño	67,1%	32,9%	100,0%
	% Práctica	100,0%	100,0%	100,0%

Los resultados que se desprenden de la variable dependencia de alcohol en relación con la modalidad deportiva practicada, no generaron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los casos ($p=.492$), revelando que el nivel de dependencia alcohólica, en todas sus dimensiones, muestra valores parecidos en cada modalidad.

Tabla V.34. Dependencia de alcohol según modalidad deportiva practicada.

Dependencia Alcohol		Modalidad Deportiva					Total
		Deportes Individuales	Deportes Colectivos	Actividades Gimnasio	Otros	No Practica	
No Dependencia	Recuento	243	464	78	352	558	1695
	% Dependencia	14,3%	27,4%	4,6%	20,8%	32,9%	100,0%
	% Modalidad	79,2%	79,9%	85,7%	77,9%	79,4%	79,4%
Dependencia Baja	Recuento	41	73	9	66	96	285
	% Dependencia	14,4%	25,6%	3,2%	23,2%	33,7%	100,0%
	% Modalidad	13,4%	12,6%	9,9%	14,6%	13,7%	13,4%
Dependencia Media	Recuento	20	38	4	22	40	124
	% Dependencia	16,1%	30,6%	3,2%	17,7%	32,3%	100,0%
	% Modalidad	6,5%	6,5%	4,4%	4,9%	5,7%	5,8%
Dependencia Alta	Recuento	3	6	0	12	9	30
	% Dependencia	10,0%	20,0%	0,0%	40,0%	30,0%	100,0%
	% Modalidad	1,0%	1,0%	0,0%	2,7%	1,3%	1,4%
Total	Recuento	307	581	91	452	703	2134
	% Dependencia	14,4%	27,2%	4,3%	21,2%	32,9%	100,0%
	% Modalidad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En lo referente al estudio de la influencia de la modalidad deportiva elegida con respecto a la cantidad y frecuencia de alcohol ingerida, no se detectan discrepancias significativas ($p=0,271$), lo cual indica que la población estudiada muestra porcentajes muy similares de consumo, en sus diversas escalas, independientemente del tipo de deporte practicado.

Tabla V.35. Consumo de alcohol según modalidad deportiva practicada.

Cantidad-Frecuencia Alcohol		Modalidad Deportiva					Total
		Deportes Individuales	Deportes Colectivos	Actividades Gimnasio	Otros	No Practica	
No Consume	Recuento	143	254	39	200	322	958
	% Cantidad-Frecuencia	14,9%	26,5%	4,1%	20,9%	33,6%	100,0%
	% Modalidad	46,6%	43,7%	42,9%	44,2%	45,8%	44,9%
Consumo Escaso	Recuento	75	155	31	109	171	541
	% Cantidad-Frecuencia	13,9%	28,7%	5,7%	20,1%	31,6%	100,0%
	% Modalidad	24,4%	26,7%	34,1%	24,1%	24,3%	25,4%
Consumo Medio	Recuento	66	140	18	118	152	494
	% Cantidad-Frecuencia	13,4%	28,3%	3,6%	23,9%	30,8%	100,0%
	% Modalidad	21,5%	24,1%	19,8%	26,1%	21,6%	23,1%
Consumo Excesivo	Recuento	23	32	3	25	58	141
	% Cantidad-Frecuencia	16,3%	22,7%	2,1%	17,7%	41,1%	100,0%
	% Modalidad	7,5%	5,5%	3,3%	5,5%	8,3%	6,6%
Total	Recuento	307	581	91	452	703	2134
	% Cantidad-Frecuencia	14,4%	27,2%	4,3%	21,2%	32,9%	100,0%
	% Modalidad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Datos bastante similares se muestran en la siguiente comparativa, donde se analiza el daño provocado por el alcohol tras su ingesta y modalidad deportiva practicada (p=.430). Tal y como se puede observar en la siguiente tabla, el daño provocado por el alcohol, en sus diferentes escalas, es muy similar en los diferentes deportes practicados.

Tabla V.36. Daño provocado por alcohol según modalidad deportiva practicada.

Daño Alcohol		Modalidad Deportiva					Total
		Deportes Individuales	Deportes Colectivos	Actividades Gimnasio	Otros	No Practica	
No Daño	Recuento	197	366	65	292	474	1394
	% Daño Alcohol	14,1%	26,3%	4,7%	20,9%	34,0%	100,0%
	% Modalidad	64,2%	63,0%	71,4%	64,6%	67,4%	65,3%
Daño Escaso	Recuento	58	112	10	88	111	379
	% Daño Alcohol	15,3%	29,6%	2,6%	23,2%	29,3%	100,0%
	% Modalidad	18,9%	19,3%	11,0%	19,5%	15,8%	17,8%
Daño A Veces	Recuento	36	77	8	49	81	251
	% Daño Alcohol	14,3%	30,7%	3,2%	19,5%	32,3%	100,0%
	% Modalidad	11,7%	13,3%	8,8%	10,8%	11,5%	11,8%
Daño Siempre	Recuento	16	26	8	23	37	110
	% Daño Alcohol	14,5%	23,6%	7,3%	20,9%	33,6%	100,0%
	% Modalidad	5,2%	4,5%	8,8%	5,1%	5,3%	5,2%
Total	Recuento	307	581	91	452	703	2134
	% Daño Alcohol	14,4%	27,2%	4,3%	21,2%	32,9%	100,0%
	% Modalidad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Centrándonos ahora en los análisis de la dependencia de alcohol según nivel deportivo no se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p=.745$). En la tabla expuesta se puede observar que tanto los adolescentes que se encuentran federados como los que no, poseen niveles de dependencia muy similares en sus diferentes escalas.

Tabla V.37. Dependencia de alcohol según nivel deportivo.

Dependencia Alcohol		Nivel Federativo		Total
		SI	NO	
No Dependencia	Recuento	367	1328	1695
	% Dependencia	21,7%	78,3%	100,0%
	% Nivel	78,6%	79,7%	79,4%
Dependencia Baja	Recuento	62	223	285
	% Dependencia	21,8%	78,2%	100,0%
	% Nivel	13,3%	13,4%	13,4%
Dependencia Media	Recuento	32	92	124
	% Dependencia	25,8%	74,2%	100,0%
	% Nivel	6,9%	5,5%	5,8%
Dependencia Alta	Recuento	6	24	30
	% Dependencia	20,0%	80,0%	100,0%
	% Nivel	1,3%	1,4%	1,4%
Total	Recuento	467	1667	2134
	% Dependencia	21,9%	78,1%	100,0%
	% Nivel	100,0%	100,0%	100,0%

En lo concerniente a la cantidad y frecuencia ingerida de alcohol con respecto al nivel deportivo de la población estudiada, no se detectan diferencias ($p=.302$).

Tabla V.38. Consumo de alcohol según nivel deportivo.

Consumo-Ingesta Alcohol		Nivel Federativo		Total
		SI	NO	
No Consume	Recuento	192	766	958
	% Cantidad-Ingesta	20,0%	80,0%	100,0%
	% Nivel	41,1%	46,0%	44,9%
Consumo Escaso	Recuento	126	415	541
	% Cantidad-Ingesta	23,3%	76,7%	100,0%
	% Nivel	27,0%	24,9%	25,4%
Consumo Medio	Recuento	114	380	494
	% Cantidad-Ingesta	23,1%	76,9%	100,0%
	% Nivel	24,4%	22,8%	23,1%
Consumo Alto	Recuento	35	106	141
	% Cantidad-Ingesta	24,8%	75,2%	100,0%
	% Nivel	7,5%	6,4%	6,6%
Total	Recuento	467	1667	2134
	% Cantidad-Ingesta	21,9%	78,1%	100,0%
	% Nivel	100,0%	100,0%	100,0%

Al contrario que en las comparativas plasmadas anteriormente, la correlación del daño provocado tras la ingesta de alcohol con respecto al nivel deportivo, arroja diferencias estadísticamente significativas ($p=.025^{***}$), en la dimensión “no daño”.

Como se puede apreciar en la siguiente tabla, aquellos pubescentes no federados muestran conductas no dañinas tras la ingesta de alcohol en un 66,9% de los casos, frente a un 59,5% de los adolescentes federados. En este sentido, el alumnado que compite deportivamente, es afectado en mayor medida tras la toma de alcohol que aquellos no federados.

Tabla V.39. Daño de alcohol según nivel deportivo.

Daño Alcohol		Nivel Federativo		Total
		SI	NO	
No Daño	Recuento	278	1116	1394
	% Daño	19,9%	80,1%	100,0%
	% Nivel	59,5%	66,9%	65,3%
Daño Escaso	Recuento	93	286	379
	% Daño	24,5%	75,5%	100,0%
	% Nivel	19,9%	17,2%	17,8%
Daño A Veces	Recuento	67	184	251
	% Daño	26,7%	73,3%	100,0%
	% Nivel	14,3%	11,0%	11,8%
Daño Siempre	Recuento	29	81	110
	% Daño	26,4%	73,6%	100,0%
	% Nivel	6,2%	4,9%	5,2%
Total	Recuento	467	1667	2134
	% Daño	21,9%	78,1%	100,0%
	% Nivel	100,0%	100,0%	100,0%

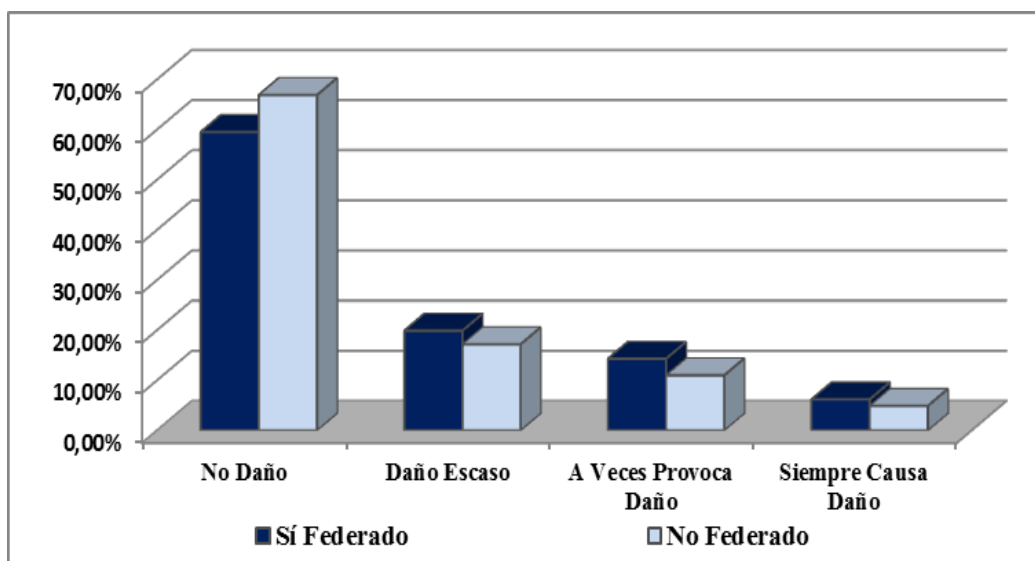


Figura V.28. Distribución del daño del alcohol según nivel deportivo.

Los resultados estadísticos que se desprenden de la variable dependencia de alcohol en relación con el rendimiento académico, no genera diferencias estadísticamente significativas ($p=0,509$), poniendo de manifiesto que tanto el alumnado que ha repetido como el que no, muestra unos niveles de dependencia de alcohol muy similares.

Tabla V.40. Dependencia de alcohol según rendimiento académico.

Dependencia Alcohol		Repetición		Total
		SI	NO	
No Dependencia	Recuento	590	1105	1695
	% Dependencia	34,8%	65,2%	100,0%
	% Repetición	78,8%	79,8%	79,4%
Dependencia Baja	Recuento	109	176	285
	% Dependencia	38,2%	61,8%	100,0%
	% Repetición	14,6%	12,7%	13,4%
Dependencia Media	Recuento	42	82	124
	% Dependencia	33,9%	66,1%	100,0%
	% Repetición	5,6%	5,9%	5,8%
Dependencia Alta	Recuento	8	22	30
	% Dependencia	26,7%	73,3%	100,0%
	% Repetición	1,1%	1,6%	1,4%
Total	Recuento	749	1385	2134
	% Dependencia	35,1%	64,9%	100,0%
	% Repetición	100,0%	100,0%	100,0%

De la misma manera, no se detectan diferencias estadísticamente significativas al analizar el vínculo entre consumo de alcohol y rendimiento académico ($p=.682$), lo cual se traduce en que tanto los discentes que han repetido en alguna ocasión como los que no, poseen parámetros de consumo del alcohol en sus diferentes escalas muy similares.

Tabla V.41. Consumo de alcohol según rendimiento académico.

Cantidad-Frecuencia Alcohol		Repetición		Total
		SI	NO	
No Consumo	Recuento	330	628	958
	% Cantidad-Frecuencia	34,4%	65,6%	100,0%
	% Repetición	44,1%	45,3%	44,9%
Consumo Escaso	Recuento	192	349	541
	% Cantidad-Frecuencia	35,5%	64,5%	100,0%
	% Repetición	25,6%	25,2%	25,4%
Consumo Medio	Recuento	182	312	494
	% Cantidad-Frecuencia	36,8%	63,2%	100,0%
	% Repetición	24,3%	22,5%	23,1%
Consumo Excesivo	Recuento	45	96	141
	% Cantidad-Frecuencia	31,9%	68,1%	100,0%
	% Repetición	6,0%	6,9%	6,6%
Total	Recuento	749	1385	2134
	% Cantidad-Frecuencia	35,1%	64,9%	100,0%
	% Repetición	100,0%	100,0%	100,0%

Por último, de la comparativa del alcohol, en este caso el daño provocado tras la ingesta del mismo, con respecto al rendimiento académico, tampoco se desprenden resultados

estadísticamente significativos ($p=.231$), tal y como se puede observar en la siguiente tabla. Ello significa que el daño provocado tras la ingesta de alcohol está presente en porcentajes muy similares en alumnado repetidor y no repetidor.

Tabla V.42. Daño de alcohol según rendimiento académico.

Daño Alcohol		Repetición		Total
		SI	NO	
No Daño	Recuento	488	906	1394
	% Daño	35,0%	65,0%	100,0%
	% Repetición	65,2%	65,4%	65,3%
Daño Escaso	Recuento	145	234	379
	% Daño	38,3%	61,7%	100,0%
	% Repetición	19,4%	16,9%	17,8%
Daño A Veces	Recuento	76	175	251
	% Daño	30,3%	69,7%	100,0%
	% Repetición	10,1%	12,6%	11,8%
Daño Siempre	Recuento	40	70	110
	% Daño	36,4%	63,6%	100,0%
	% Repetición	5,3%	5,1%	5,2%
Total	Recuento	749	1385	2134
	% Daño	35,1%	64,9%	100,0%
	% Repetición	100,0%	100,0%	100,0%

Donde se han hallado diferencias estadísticamente significativas, es en la correlación establecida entre la dependencia de alcohol y la funcionalidad familiar ($p=.000***$) en la dimensión “no dependencia”. Como se puede observar en la tabla, cuanto mejor es la funcionalidad familiar (83%), menor dependencia de alcohol existe; sin embargo, la dependencia aumenta cuando existe disfunción moderada y severa (69%).

Tabla V.43. Funcionalidad familiar según dependencia de alcohol.

Dependencia Alcohol		APGAR			Total
		Disfunción Severa	Disfunción Moderada	Funcionalidad Familiar	
No Dependencia	Recuento	77	299	1319	1695
	% Dependencia	4,5%	17,6%	77,8%	100,0%
	% APGAR	68,1%	69,2%	83,0%	79,4%
Dependencia Baja	Recuento	22	72	191	285
	% Dependencia	7,7%	25,3%	67,0%	100,0%
	% APGAR	19,5%	16,7%	12,0%	13,4%
Dependencia Media	Recuento	12	51	61	124
	% Dependencia	9,7%	41,1%	49,2%	100,0%
	% APGAR	10,6%	11,8%	3,8%	5,8%
Dependencia Alta	Recuento	2	10	18	30
	% Dependencia	6,7%	33,3%	60,0%	100,0%
	% APGAR	1,8%	2,3%	1,1%	1,4%
Total	Recuento	113	432	1589	2134
	% Dependencia	5,3%	20,2%	74,5%	100,0%
	% APGAR	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

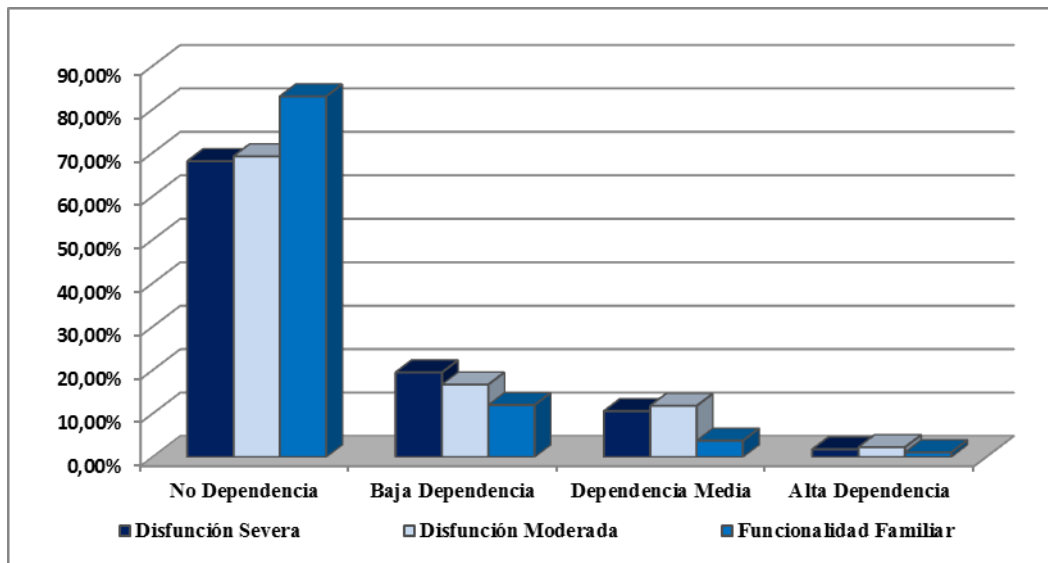


Figura V.29. Distribución de la dependencia según funcionalidad familiar.

Resultados parecidos se desprenden de la comparativa entre la cantidad y frecuencia de alcohol ingerida con funcionalidad familiar ($p=.000^{***}$), donde a menor consumo de alcohol, mejor funcionalidad familiar existe (48,5% frente al 34,5%). Por el contrario, a mayor cantidad y frecuencia del alcohol ingerido, mayor deterioro existe en las relaciones familiares (12,4% frente al 5,2%).

Tabla V.44. Funcionalidad familiar según consumo de alcohol.

Cantidad-Frecuencia Alcohol		APGAR			Total
		Disfunción Severa	Disfunción Moderada	Funcionalidad Familiar	
No Consumo	Recuento	39	149	770	958
	% Cantidad-Frecuencia	4,1%	15,6%	80,4%	100,0%
	% APGAR	34,5%	34,5%	48,5%	44,9%
Consumo Escaso	Recuento	33	106	402	541
	% Cantidad-Frecuencia	6,1%	19,6%	74,3%	100,0%
	% APGAR	29,2%	24,5%	25,3%	25,4%
Consumo Medio	Recuento	27	132	335	494
	% Cantidad-Frecuencia	5,5%	26,7%	67,8%	100,0%
	% APGAR	23,9%	30,6%	21,1%	23,1%
Consumo Excesivo	Recuento	14	45	82	141
	% Cantidad-Frecuencia	9,9%	31,9%	58,2%	100,0%
	% APGAR	12,4%	10,4%	5,2%	6,6%
Total	Recuento	113	432	1589	2134
	% Cantidad-Frecuencia	5,3%	20,2%	74,5%	100,0%
	% APGAR	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

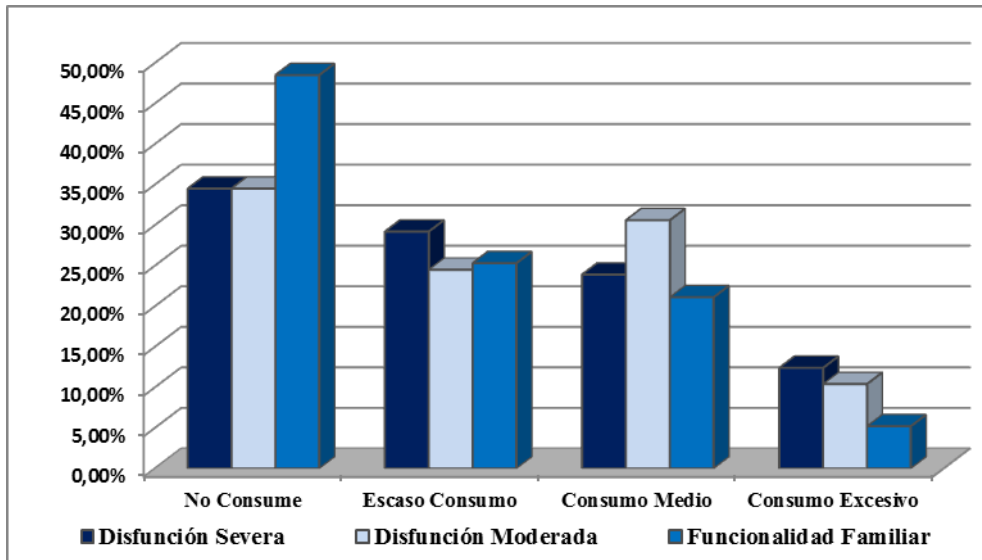


Figura V.30. Distribución del consumo según funcionalidad familiar.

Del mismo modo, de la siguiente tabla se desprenden discrepancias estadísticamente significativas ($p=.000^{***}$) en lo concerniente a la comparativa daño provocado por alcohol y funcionalidad familiar. En este sentido se observa que cuando no se genera daño, mayor es la funcionalidad familiar (69,8%) y menor valor obtiene la disfunción moderada y severa (en torno al 53%).

Tabla V.45. Funcionalidad familiar (APGAR) según daño de alcohol.

Daño Alcohol		APGAR			Total
		Disfunción Severa	Disfunción Moderada	Funcionalidad Familiar	
No Daño	Recuento	60	225	1109	1394
	% Daño	4,3%	16,1%	79,6%	100,0%
	% APGAR	53,1%	52,1%	69,8%	65,3%
Daño Escaso	Recuento	29	101	249	379
	% Daño	7,7%	26,6%	65,7%	100,0%
	% APGAR	25,7%	23,4%	15,7%	17,8%
Daño A Veces	Recuento	14	65	172	251
	% Daño	5,6%	25,9%	68,5%	100,0%
	% APGAR	12,4%	15,0%	10,8%	11,8%
Daño Siempre	Recuento	10	41	59	110
	% Daño	9,1%	37,3%	53,6%	100,0%
	% APGAR	8,8%	9,5%	3,7%	5,2%
Total	Recuento	113	432	1589	2134
	% Daño	5,3%	20,2%	74,5%	100,0%
	% APGAR	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

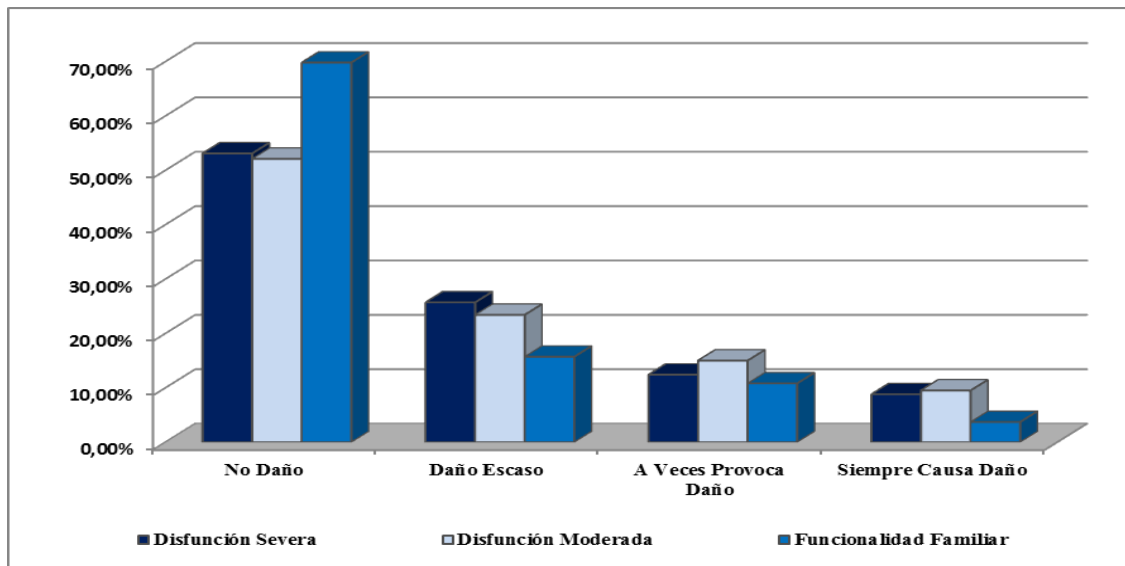


Figura V.31. Distribución de la funcionalidad familiar (APGAR) según daño del alcohol.

En lo referente al nivel de dependencia de alcohol con respecto a la práctica de actividad física por parte de padres, no se hallan diferencias estadísticamente significativas ($p=.377$), lo cual significa que el nivel de dependencia de alcohol mostrado por la muestra es muy similar tanto en alumnos cuyos padres practican actividad física, como en aquellos cuyos progenitores no realizan ningún tipo de ejercicio.

Tabla V.46. Dependencia de alcohol según práctica AF padres.

Dependencia Alcohol		AF Padres		Total
		SI	NO	
No Dependencia	Recuento	881	814	1695
	% Dependencia	52,0%	48,0%	100,0%
	% AF Padres	79,7%	79,1%	79,4%
Dependencia Baja	Recuento	150	135	285
	% Dependencia	52,6%	47,4%	100,0%
	% AF Padres	13,6%	13,1%	13,4%
Dependencia Media	Recuento	56	68	124
	% Dependencia	45,2%	54,8%	100,0%
	% AF Padres	5,1%	6,6%	5,8%
Dependencia Alta	Recuento	18	12	30
	% Dependencia	60,0%	40,0%	100,0%
	% AF Padres	1,6%	1,2%	1,4%
Total	Recuento	1105	1029	2134
	% Dependencia	51,8%	48,2%	100,0%
	% AF Padres	100,0%	100,0%	100,0%

Tomando ahora como referencia el análisis del consumo de alcohol en base a la realización de actividad física por parte de padres, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p=.881$).

Como se puede verificar en la siguiente tabla, el nivel de consumo de alcohol de la población investigada ronda parámetros muy parecidos tanto en pubescentes cuyos progenitores realizan actividad física como en adolescentes cuyos padres no realizan ningún tipo de ejercicio físico.

Tabla V.47. Consumo de alcohol según práctica AF padres.

Cantidad-Frecuencia Alcohol		AF Padres		Total
		SI	NO	
No Consumo	Recuento	503	455	958
	% Cantidad-Frecuencia	52,5%	47,5%	100,0%
	% AF Padres	45,5%	44,2%	44,9%
Consumo Escaso	Recuento	275	266	541
	% Cantidad-Frecuencia	50,8%	49,2%	100,0%
	% AF Padres	24,9%	25,9%	25,4%
Consumo Medio	Recuento	257	237	494
	% Cantidad-Frecuencia	52,0%	48,0%	100,0%
	% AF Padres	23,3%	23,0%	23,1%
Consumo Excesivo	Recuento	70	71	141
	% Cantidad-Frecuencia	49,6%	50,4%	100,0%
	% AF Padres	6,3%	6,9%	6,6%
Total	Recuento	1105	1029	2134
	% Cantidad-Frecuencia	51,8%	48,2%	100,0%
	% AF Padres	100,0%	100,0%	100,0%

Por último, de la comparativa referente al alcohol, en su dimensión daño, con respecto al grado de actividad física realizada por los padres, no se arrojan discrepancias estadísticamente significativas ($p=.304$). En este sentido, se puede afirmar que el daño provocado por la ingesta de alcohol, muestra porcentajes muy parecidos en aquellos alumnos que poseen padres que hacen actividad física con respecto a aquellos cuyos padres no hacen ningún tipo de actividad deportiva.

Tabla V.48. Daño de alcohol según práctica AF padres.

Daño Alcohol		AF Padres		Total
		SI	NO	
No Daño	Recuento	721	673	1394
	% Daño	51,7%	48,3%	100,0%
	% AF Padres	65,2%	65,4%	65,3%
Daño Escaso	Recuento	206	173	379
	% Daño	54,4%	45,6%	100,0%
	% AF Padres	18,6%	16,8%	17,8%
Daño A Veces	Recuento	118	133	251
	% Daño	47,0%	53,0%	100,0%
	% AF Padres	10,7%	12,9%	11,8%
Daño Siempre	Recuento	60	50	110
	% Daño	54,5%	45,5%	100,0%
	% AF Padres	5,4%	4,9%	5,2%
Total	Recuento	1105	1029	2134
	% Daño	51,8%	48,2%	100,0%
	% AF Padres	100,0%	100,0%	100,0%

V.2.4. VARIABLE DE AUTOCONCEPTO Y RESTO DE VARIABLES

En relación a la práctica de actividad física y autoconcepto, los datos reportaron la asociación significativa ($p \leq .05^{**}$) en la dimensión familiar, donde aquellos que practican presentan valores medios elevados ($M=4,12$) respecto a los que no practican; en las restantes dimensiones no se apreciaron correspondencias.

Tabla V.49. Relación del autoconcepto con la práctica de AF.

Práctica de AF		M	D.T.	F	χ^2
Autoconcepto Académico	Si Practican	3,35	,730	,177	p= .674
	No Practican	3,37	,757		
Autoconcepto Social	Si Practican	3,96	,691	2,802	p=.094
	No Practican	3,91	,703		
Autoconcepto Emocional	Si Practican	3,32	,749	,029	p= .866
	No Practican	3,32	,775		
Autoconcepto Familiar	Si Practican	4,12	,788	5,868	p=.016***
	No Practican	4,03	,786		
Autoconcepto Físico	Si Practican	3,41	,788	,946	p= .331
	No Practican	3,38	,768		

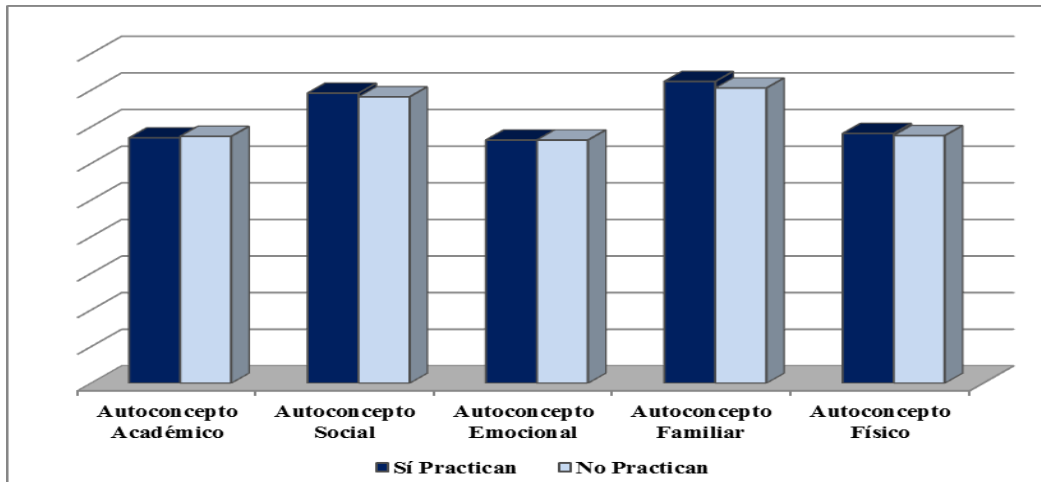


Figura V.32. Distribución del autoconcepto según práctica de AF.

En lo concerniente al análisis de las dimensiones del autoconcepto y modalidades de actividades físicas, en la siguiente tabla, tras la realización de análisis ANOVA, se muestra asociación, indicándose relación estadísticamente significativa ($p \leq .05^{**}$), únicamente, en el autoconcepto familiar, donde los participantes que realizan actividades de gimnasio y deportes colectivos, presentan cifras medias más elevadas ($M=4,27$ y $4,17$) que el resto (valores inferiores al $4,10$ de media).

Tabla V.50. Modalidades deportivas en relación con el AF5.

Autoconcepto	Modalidades	M	D.T.	F	X2
Autoconcepto Académico	Deportes Individuales	3,35	,775	,088	p=,986
	Deportes Colectivos	3,35	,740		
	Actividades Gimnasio	3,38	,643		
	Otros	3,36	,702		
	No Practica	3,37	,757		
Autoconcepto Social	Deportes Individuales	3,95	,690	1,259	p=,284
	Deportes Colectivos	3,98	,679		
	Actividades Gimnasio	3,86	,702		
	Otros	3,96	,705		
	No Practica	3,91	,703		
Autoconcepto Emocional	Deportes Individuales	3,33	,735	,338	p=.853
	Deportes Colectivos	3,34	,730		
	Actividades Gimnasio	3,34	,710		
	Otros	3,29	,791		
	No Practica	3,32	,775		
Autoconcepto Familiar	Deportes Individuales	4,09	,845	3,937	p=.003***
	Deportes Colectivos	4,17	,751		
	Actividades Gimnasio	4,27	,681		
	Otros	4,04	,807		
	No Practica	4,03	,786		
Autoconcepto Físico	Deportes Individuales	3,34	,759	,992	p=,411
	Deportes Colectivos	3,44	,811		
	Actividades Gimnasio	3,40	,693		
	Otros	3,42	,796		
	No Practica	3,38	,768		

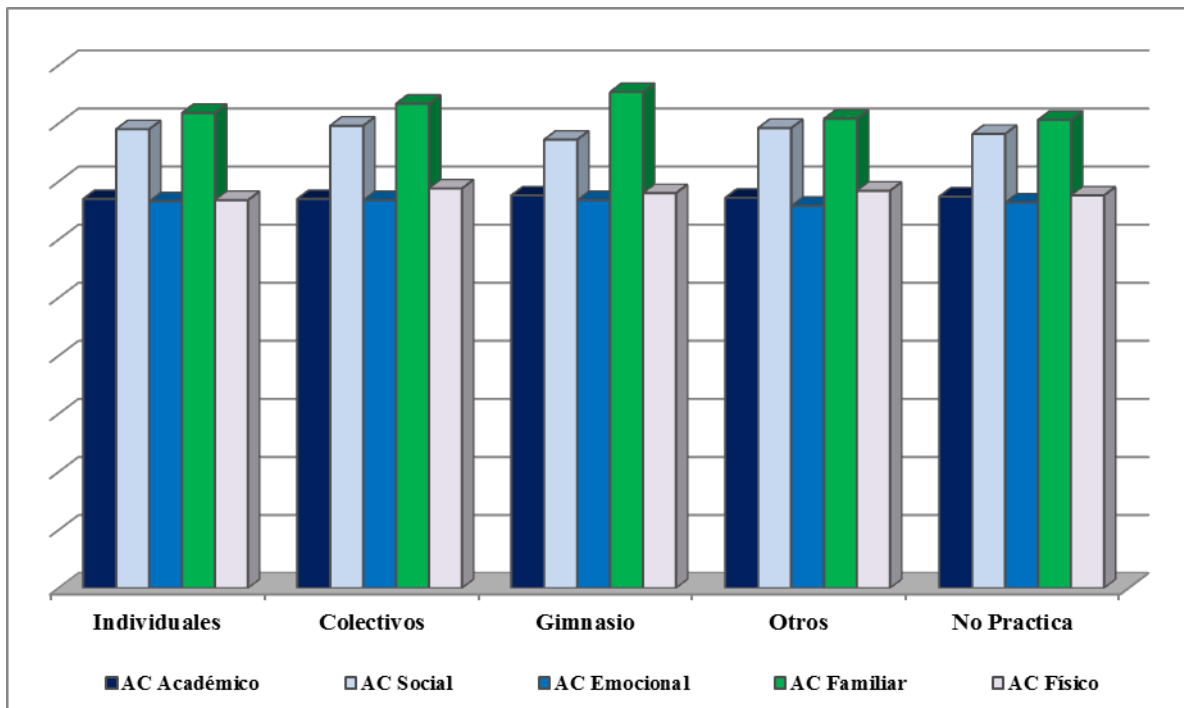


Figura V.33. Distribución del autoconcepto según la modalidad deportiva.

En cuanto a la asociación entre autoconcepto y nivel de práctica física, es en la dimensión física donde aquellos adolescentes federados arrojan cifras medias superiores respecto a (M=3,48) los que no lo están (M=3,38), no generándose diferencias en el resto de dimensiones como queda reflejado en la siguiente tabla.

Tabla V.51. Relación del autoconcepto con el nivel en AF.

Federados		M	D.T.	F	X ²
Autoconcepto Académico	Si Federado	3,32	,758	1,268	p= .260
	No Federado	3,37	,733		
Autoconcepto Social	Si Federado	3,97	,716	,942	p=.332
	No Federado	3,93	,689		
Autoconcepto Emocional	Si Federado	3,35	,730	1,166	p= .280
	No Federado	3,31	,765		
Autoconcepto Familiar	Si Federado	4,13	,788	1,305	p=.253
	No Federado	4,08	,788		
Autoconcepto Físico	Si Federado	3,48	,787	6,852	p= .009***
	No Federado	3,38	,779		

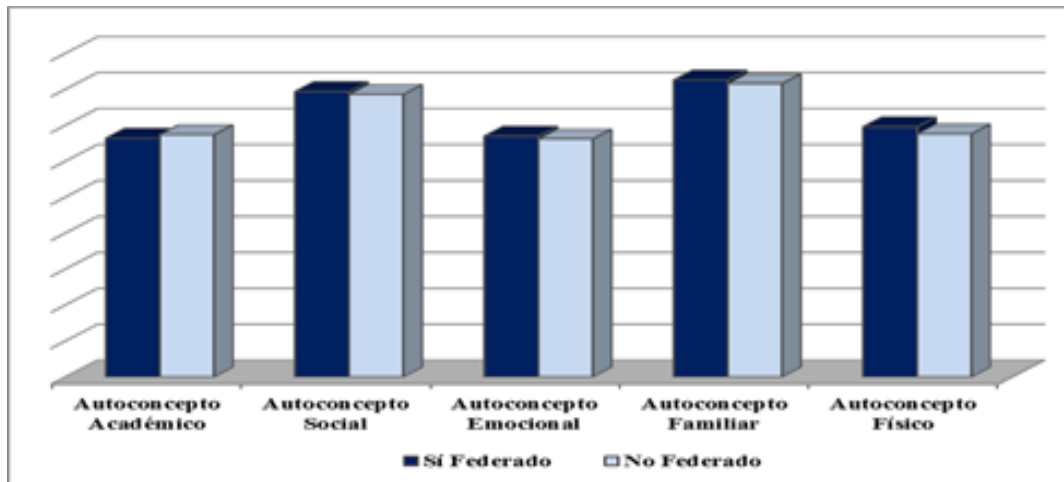


Figura V.34. Distribución del autoconcepto según nivel de AF.

Al determinar el rendimiento académico según dimensiones del autoconcepto, los datos mostraron que no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas ($p \leq .05^{***}$).

Tabla V.52. Relación del autoconcepto según rendimiento académico.

Federados		M	D.T.	F	X ²
Autoconcepto Académico	Si Repetidor	3,34	,770	,668	p= .414
	No Repetidor	3,37	,721		
Autoconcepto Social	Si Repetidor	3,93	,705	,284	p= .594
	No Repetidor	3,95	,690		
Autoconcepto Emocional	Si Repetidor	3,34	,768	,741	p= .389
	No Repetidor	3,31	,752		
Autoconcepto Familiar	Si Repetidor	4,08	,797	,202	p= .653
	No Repetidor	4,10	,783		
Autoconcepto Físico	Si Repetidor	3,41	,802	,183	p= .669
	No Repetidor	3,39	,771		

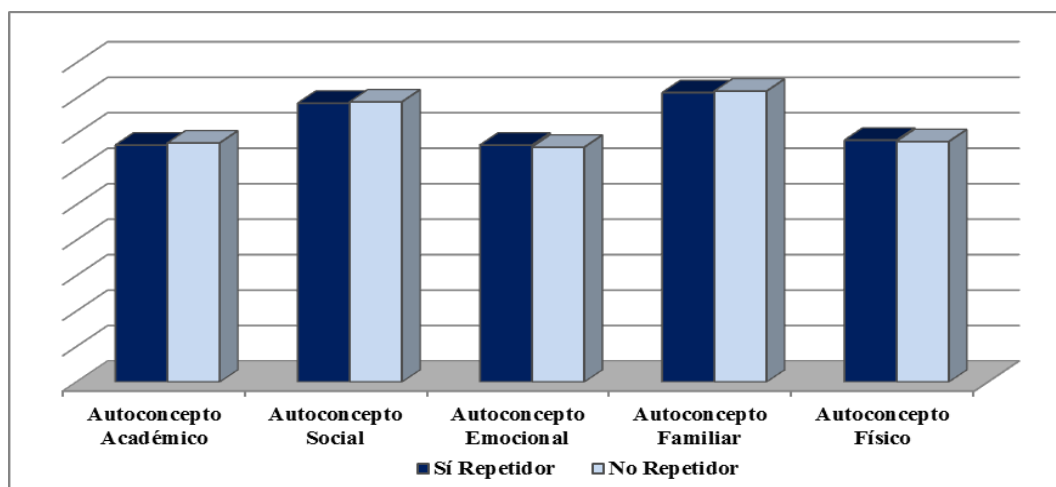


Figura V.35. Distribución del autoconcepto según rendimiento académico.

En los datos concernientes a la relación entre el autoconcepto y APGAR, se detectaron diferencias en todos los casos ($p \leq .05^{***}$), menos en la dimensión emocional; en las cuatro dimensiones, la funcionalidad familiar establece un mayor valor medio, seguido por la disfunción moderada y por último la disfunción severa que, en todos los casos, obtuvo valores medios muy inferiores al resto de categorías, como puede verse en la siguiente tabla:

Tabla V.53. Relación del autoconcepto según funcionalidad familiar.

AF-5	APGAR	M	D.T.	F	X ²
Autoconcepto Académico	Disfunción Severa	2,93	,805	88,245	p=.000***
	Disfunción Moderada	3,03	,707		
	Funcionalidad Familiar	3,48	,704		
Autoconcepto Social	Disfunción Severa	3,55	,846	28,387	p=.000***
	Disfunción Moderada	3,84	,714		
	Funcionalidad Familiar	4,00	,666		
Autoconcepto Emocional	Disfunción Severa	3,16	,830	2,764	p=.063
	Disfunción Moderada	3,35	,741		
	Funcionalidad Familiar	3,33	,756		
Autoconcepto Familiar	Disfunción Severa	2,86	,848	341,13	p=.000***
	Disfunción Moderada	3,65	,759		
	Funcionalidad Familiar	4,30	,652		
Autoconcepto Físico	Disfunción Severa	2,83	,865	58,892	p=.000***
	Disfunción Moderada	3,20	,774		
	Funcionalidad Familiar	3,49	,750		

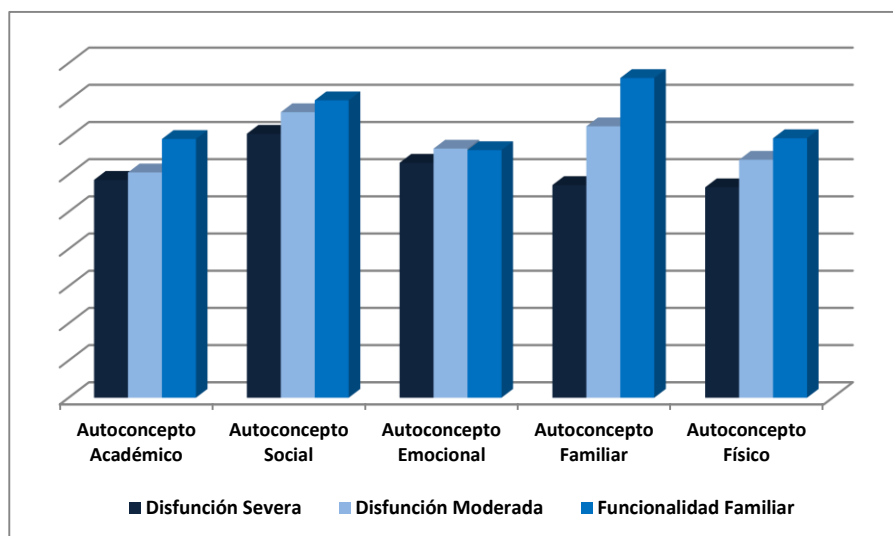


Figura V.36. Distribución del autoconcepto según APGAR.

V.2.5. VARIABLE DE PRÁCTICA DE AF Y RESTO DE VARIABLES

En cuanto a la variable de práctica física, en primer lugar se determinó la relación que dicha variable tiene con respecto al rendimiento académico del adolescente. Aunque los datos arrojaron que aquellos discentes que practican actividad física obtienen mejores calificaciones académicas, los resultados no han generado diferencias estadísticamente significativas ($p=.484$) como se aprecia en la siguiente tabla.

Tabla V.54. Relación del rendimiento académico según práctica de AF.

Practica AF		Repetidor		Total
		SI	NO	
SI	Recuento	495	936	1431
	% Práctica	34,6%	65,4%	100,0%
	% Repetidor	66,1%	67,6%	67,1%
NO	Recuento	254	449	703
	% Práctica	36,1%	63,9%	100,0%
	% Repetidor	33,9%	32,4%	32,9%
Total	Recuento	749	1385	2134
	% Práctica	35,1%	64,9%	100,0%
	% Repetidor	100,0%	100,0%	100,0%

En segundo lugar, se ha estudiado la correlación entre la práctica de actividad física y el grado de funcionalidad familiar, obteniéndose datos similares, sin obtener diferencias estadísticamente significativas ($p=.781$), como se puede observar en la tabla abajo expuesta. El hecho de que una persona practique actividad física fuera del centro o no, no repercute en gran medida en las relaciones familiares.

Tabla V.55. Relación de la funcionalidad familiar según práctica de AF.

Practica de AF		APGAR			Total
		Disfunción Severa	Disfunción Moderada	Funcionalidad Familiar	
SI	Recuento	79	287	1065	1431
	% Practica	5,5%	20,1%	74,4%	100,0%
	% APGAR	69,9%	66,4%	67,0%	67,1%
NO	Recuento	34	145	524	703
	% Practica	4,8%	20,6%	74,5%	100,0%
	% APGAR	30,1%	33,6%	33,0%	32,9%
Total	Recuento	113	432	1589	2134
	% Practica	5,3%	20,2%	74,5%	100,0%
	% APGAR	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Sin embargo, al analizar el vínculo entre la práctica de actividad física de los adolescentes con el nivel de actividad física llevado a cabo por los padres, los datos reportaron discrepancias significativas ($p=.000^{***}$). En la siguiente tabla se puede apreciar como el hecho de que los progenitores practiquen actividad física, repercute positivamente en que sus descendientes también lo hagan en un 58,6% de los casos. Por el contrario, cuando los padres no practican actividad física, solo un 37,8% de los adolescentes sí lo hace, frente a un 62,2% que no.

Tabla V.56. Relación del nivel de práctica de AF según práctica de AF de padres.

Practica AF		AF Padres		Total
		SI	NO	
SI	Recuento	839	592	1431
	% Práctica	58,6%	41,4%	100,0%
	% AF Padres	75,9%	57,5%	67,1%
NO	Recuento	266	437	703
	% Práctica	37,8%	62,2%	100,0%
	% AF Padres	24,1%	42,5%	32,9%
Total	Recuento	1105	1029	2134
	% Práctica	51,8%	48,2%	100,0%
	% AF Padres	100,0%	100,0%	100,0%

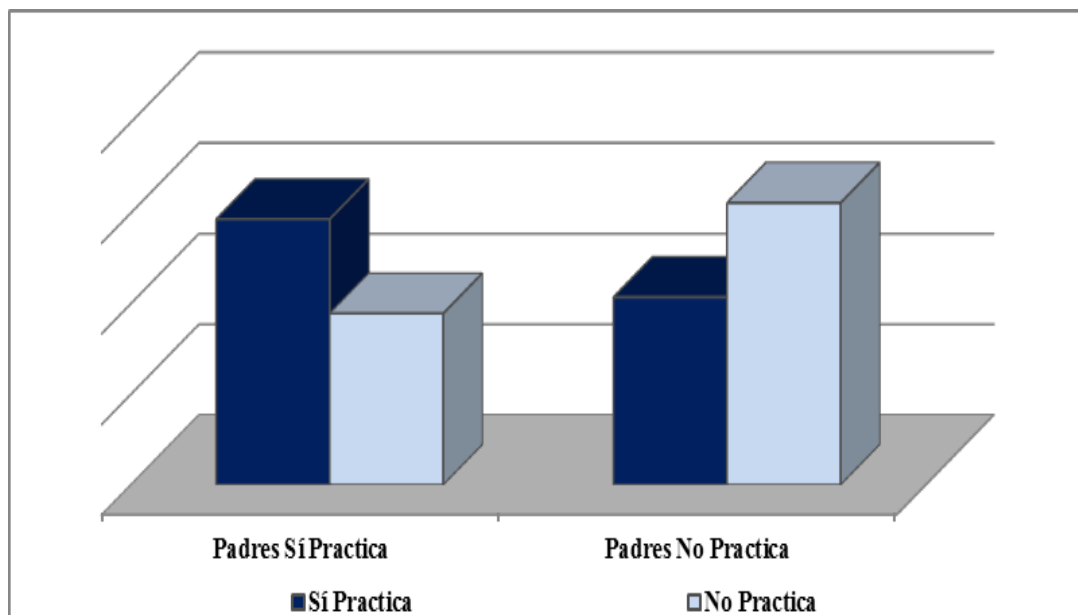


Figura V.37. Distribución de la práctica de AF según práctica de AF de padres.

V.2.6. VARIABLE DE MODALIDAD DEPORTIVA Y RESTO DE VARIABLES

En lo que a la variable modalidad deportiva respecta, vamos a mostrar los análisis comparativos de esta en relación al rendimiento académico del alumnado, funcionalidad familiar y nivel de actividad física de padres.

De este modo, los datos que se desprenden del análisis de la primera comparativa no indican diferencias significativas ($p=.241$) entre el porcentaje de repetidores según la modalidad deportiva practicada. Dicho de otro modo, el número de repetidores y no repetidores es muy similar en discentes que practican deportes individuales, colectivos, actividades de gimnasio, otro tipo de deportes e incluso en aquellos que no practican.

Tabla V.57. Relación del rendimiento académico según práctica deportiva.

Modalidad Deportiva		Repetidor		Total
		SI	NO	
Deportes Individuales	Recuento	91	216	307
	% Modalidad	29,6%	70,4%	100,0%
	% Repetidor	12,1%	15,6%	14,4%
Deportes Colectivos	Recuento	213	368	581
	% Modalidad	36,7%	63,3%	100,0%
	% Repetidor	28,4%	26,6%	27,2%
Actividades Gimnasio	Recuento	35	56	91
	% Modalidad	38,5%	61,5%	100,0%
	% Repetidor	4,7%	4,0%	4,3%
Otros	Recuento	156	296	452
	% Modalidad	34,5%	65,5%	100,0%
	% Repetido	20,8%	21,4%	21,2%
No Practica	Recuento	254	449	703
	% Modalidad	36,1%	63,9%	100,0%
	% Repetidor	33,9%	32,4%	32,9%
Total	Recuento	749	1385	2134
	% Modalidad	35,1%	64,9%	100,0%
	% Repetidor	100,0%	100,0%	100,0%

En lo referente a la funcionalidad familiar en función del tipo de deporte practicado, los datos obtenidos, al igual que en la anterior comparativa, no se hallaron discrepancias estadísticamente significativas ($p=.096$).

Como se puede apreciar en la tabla abajo expuesta, el practicar deportes individuales, colectivos, actividades de gimnasio, otras modalidades deportivas e incluso no practicar, obtienen resultados similares en cuanto a funcionalidad familiar se refiere, con valores cercanos al 70%.

Tabla V.58. Relación funcionalidad familiar (APGAR) según modalidad deportiva.

Practica de AF		APGAR			Total
		Disfunción Severa	Disfunción Moderada	Funcionalidad Familiar	
Deportes Individuales	Recuento	22	47	238	307
	% Modalidad	7,2%	15,3%	77,5%	100,0%
	% APGAR	19,5%	10,9%	15,0%	14,4%
Deportes Colectivos	Recuento	28	126	427	581
	% Modalidad	4,8%	21,7%	73,5%	100,0%
	% APGAR	24,8%	29,2%	26,9%	27,2%
Actividades Gimnasio	Recuento	1	15	75	91
	% Modalidad	1,1%	16,5%	82,4%	100,0%
	% APGAR	0,9%	3,5%	4,7%	4,3%
Otros	Recuento	28	99	325	452
	% Modalidad	6,2%	21,9%	71,9%	100,0%
	% APGAR	24,8%	22,9%	20,5%	21,2%
No Practica	Recuento	34	145	524	703
	% Modalidad	4,8%	20,6%	74,5%	100,0%
	% APGAR	30,1%	33,6%	33,0%	32,9%
Total	Recuento	113	432	1589	2134
	% Modalidad	5,3%	20,2%	74,5%	100,0%
	% APGAR	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Se detectaron diferencias estadísticamente significativas ($p=.000^{***}$) entre modalidad por el nivel de actividad física de los padres; estas vienen propiciadas por la opción de no practica, donde los que no realizan actividad física coinciden con padres que no hacen deporte de manera asidua (62,2% frente al 37,8%); por lo que entendemos que es el motivo principal de estas discrepancias; puesto que al establecer la comparativa por

especialidad deportiva en cada uno de los casos las cifras son similares como puede interpretarse en la siguiente tabla y figura:

Tabla V.59. Relación modalidad deportiva según práctica AF padres.

Modalidad Deportiva		AF Padres		Total
		SI	NO	
Deportes Individuales	Recuento	180	127	307
	% Modalidad	58,6%	41,4%	100,0%
	% AF Padres	16,3%	12,3%	14,4%
Deportes Colectivos	Recuento	348	233	581
	% Modalidad	59,9%	40,1%	100,0%
	% AF Padres	31,5%	22,6%	27,2%
Actividades Gimnasio	Recuento	47	44	91
	% Modalidad	51,6%	48,4%	100,0%
	% AF Padres	4,3%	4,3%	4,3%
Otros	Recuento	264	188	452
	% Modalidad	58,4%	41,6%	100,0%
	% AF Padres	23,9%	18,3%	21,2%
No Practica	Recuento	266	437	703
	% Modalidad	37,8%	62,2%	100,0%
	% AF Padres	24,1%	42,5%	32,9%
Total	Recuento	1105	1029	2134
	% Modalidad	51,8%	48,2%	100,0%
	% AF Padres	100,0%	100,0%	100,0%

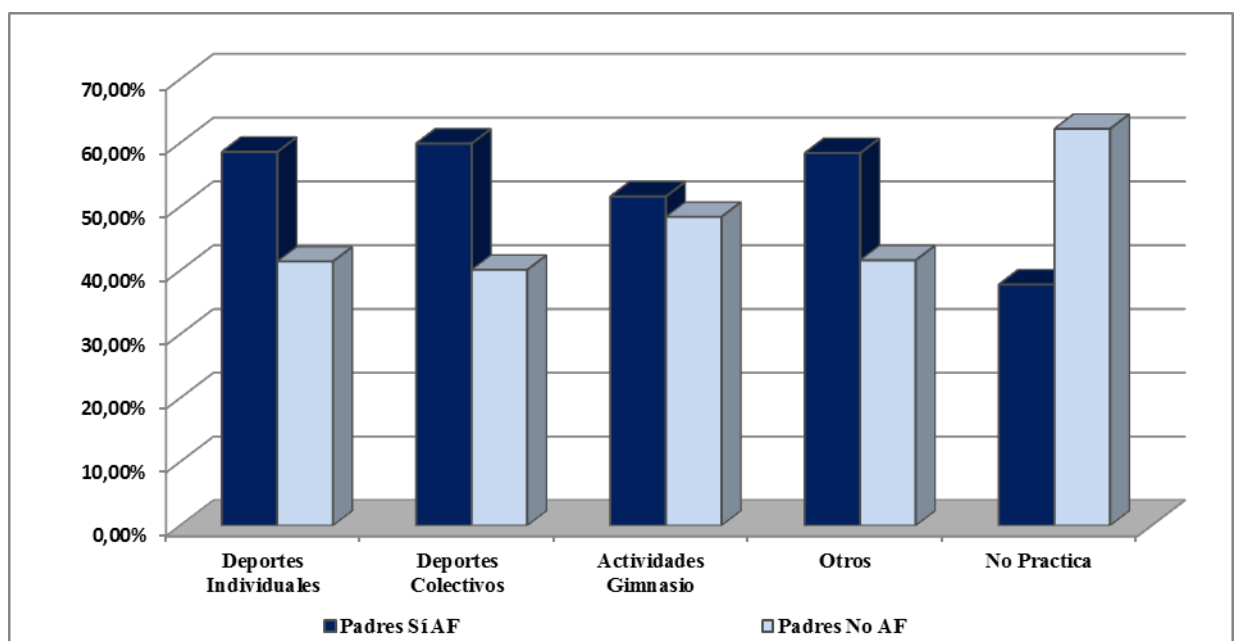


Figura V.38. Distribución de la modalidad deportiva según AF de padres.

V.2.7. VARIABLE DE NIVEL DEPORTIVO Y RESTO DE VARIABLES

Al realizar la comparativa del nivel de actividad física con respecto al nivel de estudios, los datos no muestran discrepancias estadísticamente significativas ($p=.484$), ya que tanto los discentes que practican actividad física fuera del centro y los que no, muestran valores muy similares en cuanto a si habían repetido algún curso o no. Ello quiere decir, que el participar en actividades deportivas fuera del centro o no, no influye en el rendimiento académico del alumnado.

Tabla V.60. Relación del rendimiento académico según práctica de AF.

Practica AF		Repetidor		Total
		SI	NO	
SI	Recuento	495	936	1431
	% Práctica	34,6%	65,4%	100,0%
	% Repetidor	66,1%	67,6%	67,1%
NO	Recuento	254	449	703
	% Práctica	36,1%	63,9%	100,0%
	% Repetidor	33,9%	32,4%	32,9%
Total	Recuento	749	1385	2134
	% Práctica	35,1%	64,9%	100,0%
	% Repetidor	100,0%	100,0%	100,0%

En el mismo sentido se arrojan los resultados tras comprobar la relación entre el nivel deportivo y de funcionalidad familiar, no generándose diferencias estadísticas en ninguno de los casos ($p=.873$). El estar federado en alguna modalidad deportiva genera una relación familiar muy similar a no estarlo.

Tabla V.61 Resultados de la funcionalidad familiar según nivel deportivo.

Nivel Federativo		APGAR			Total
		Disfunción Severa	Disfunción Moderada	Funcionalidad Familiar	
SI	Recuento	26	91	350	467
	% Nivel	5,6%	19,5%	74,9%	100,0%
	% APGAR	23,0%	21,1%	22,0%	21,9%
NO	Recuento	87	341	1239	1667
	% Nivel	5,2%	20,5%	74,3%	100,0%
	% APGAR	77,0%	78,9%	78,0%	78,1%
Total	Recuento	113	432	1589	2134
	% Nivel	5,3%	20,2%	74,5%	100,0%
	% APGAR	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Donde sí se hallaron diferencias estadísticamente significativas en uno de los casos ($p=.015^{***}$) fue al analizar la correlación entre el nivel deportivo mostrado por los adolescentes y la práctica de actividad física por parte de los padres. Como se puede apreciar en la siguiente tabla, existe un 56,7% del alumnado federado cuyos padres practican actividad física, frente a un 43,3% de la población federada con padres de carácter sedentario. De tal análisis se deduce que el hecho de que los progenitores practiquen ejercicio, influye en que sus hijos tengan mayor nivel deportivo y se federen en sus especialidades deportivas.

Tabla V.62. Resultados del nivel deportivo según AF de padres.

Federado		AF Padres		Total
		SI	NO	
SI	Recuento	265	202	467
	% Federado	56,7%	43,3%	100,0%
	% Padres AF	24,0%	19,6%	21,9%
NO	Recuento	840	827	1667
	% Federado	50,4%	49,6%	100,0%
	% Padres AF	76,0%	80,4%	78,1%
Total	Recuento	1105	1029	2134
	% Federado	51,8%	48,2%	100,0%
	% Padres AF	100,0%	100,0%	100,0%

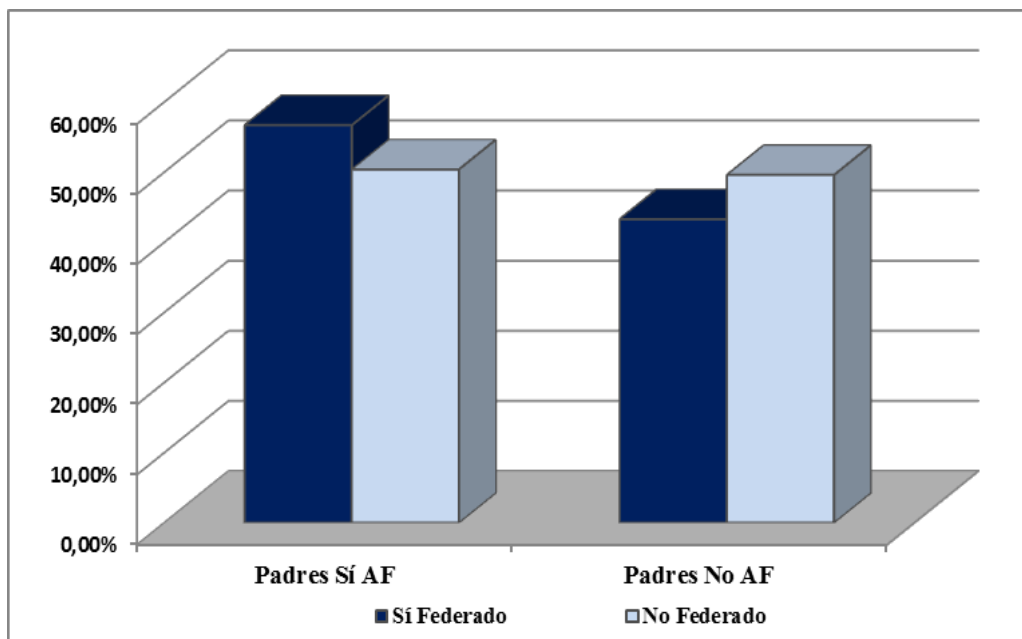


Figura V.39. Distribución del nivel deportivo según AF de padres.

V.2.8. VARIABLE DE RENDIMIENTO ACADÉMICO Y RESTO DE VARIABLES

En lo referente a la variable de rendimiento académico, se van a estudiar las posibles correlaciones entre esta, funcionalidad familiar y nivel de actividad física mostrada por los padres; de esta manera y en primer lugar, al comparar el nivel académico del alumnado con la funcionalidad familiar, no se obtienen resultados estadísticamente significativos ($p=.920$), lo cual quiere decir que las relaciones familiares tienen el mismo grado de funcionalidad tanto si un discente ha repetido en alguna ocasión o no.

Tabla V.63. Resultados de la funcionalidad familiar según rendimiento académico.

Repetidor		APGAR			Total
		Disfunción Severa	Disfunción Moderada	Funcionalidad Familiar	
SI	Recuento	38	154	557	749
	% Repetidor	5,1%	20,6%	74,4%	100,0%
	% APGAR	33,6%	35,6%	35,1%	35,1%
NO	Recuento	75	278	1032	1385
	% Repetidor	5,4%	20,1%	74,5%	100,0%
	% APGAR	66,4%	64,4%	64,9%	64,9%
Total	Recuento	113	432	1589	2134
	% Repetidor	5,3%	20,2%	74,5%	100,0%
	% APGAR	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Por el contrario, de la comparativa referente al rendimiento académico mostrado por el alumnado con el nivel de actividad física realizada por los padres, sí se obtuvieron resultados estadísticamente significativos ($p=.000^{***}$). Como se puede apreciar en la siguiente tabla, el alumnado cuyos padres realizan actividad física, no ha repetido en un 55,5% de los casos frente a un 44,9% que sí.

Tales datos se invierten cuando se habla de padres que no realizan actividad física, cuyos hijos repiten en un 55,1% de los casos y obtienen buenas calificaciones académicas en un 44,5%. Dicho en otras palabras, el alumnado que posee padres que practican actividad física, obtiene mejores calificaciones que los discentes cuyos progenitores muestran una vida sedentaria.

Tabla V.64. Resultados del rendimiento académico según AF de padres.

Repetidor		AF Padres		Total
		SI	NO	
SI	Recuento	336	413	749
	% Repetidor	44,9%	55,1%	100,0%
	% Padres AF	30,4%	40,1%	35,1%
NO	Recuento	769	616	1385
	% Repetidor	55,5%	44,5%	100,0%
	% Padres AF	69,6%	59,9%	64,9%
Total	Recuento	1105	1029	2134
	% Repetidor	51,8%	48,2%	100,0%
	% Padres AF	100,0%	100,0%	100,0%

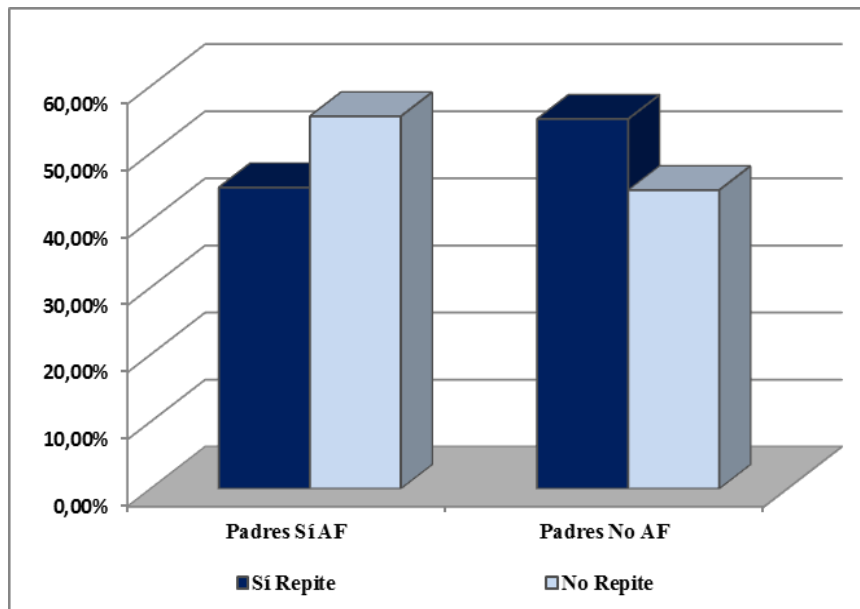


Figura V.40. Distribución de casos de repetición según AF de padres.

V.3. MODELOS DE ECUACIONES ESTRUCTURALES

Con la finalidad de dar cumplimiento a los objetivos planteados respecto al análisis del autoconcepto en adolescentes españoles en función de las variables estudiadas, se realizó un modelo de relaciones estructurales para estimar los efectos o relaciones entre los diferentes constructos implicados en el estudio, utilizando el programa AMOS 21.

Se estableció un modelo de análisis de rutas o path analysis con las siguientes variables observables: autoconcepto académico (AA); autoconcepto social (AS); autoconcepto familiar (AFM); autoconcepto físico (AF); autoconcepto emocional (AE); escala de funcionalidad familiar (APGAR); práctica de la actividad física (PRÁCTICA AF) y rendimiento académico (RA).

Dichas variables, directamente observables, están relacionadas bidireccional y unidireccionalmente, indicando la covariación y las líneas de influencia entre variables respectivamente.

Los términos de error asociadas con las variables endógenas (variable que recibe el efecto de otra, la cual siempre debe de ir acompañada de la variables error) representa el error de predicción. Para la estimación de los parámetros se utilizó el método de máxima verosimilitud (ML) por considerarlo coherente, no sesgado e invariante al tipo de escala y normalmente distribuidos si las variables observables responden a las condiciones de normalidad.

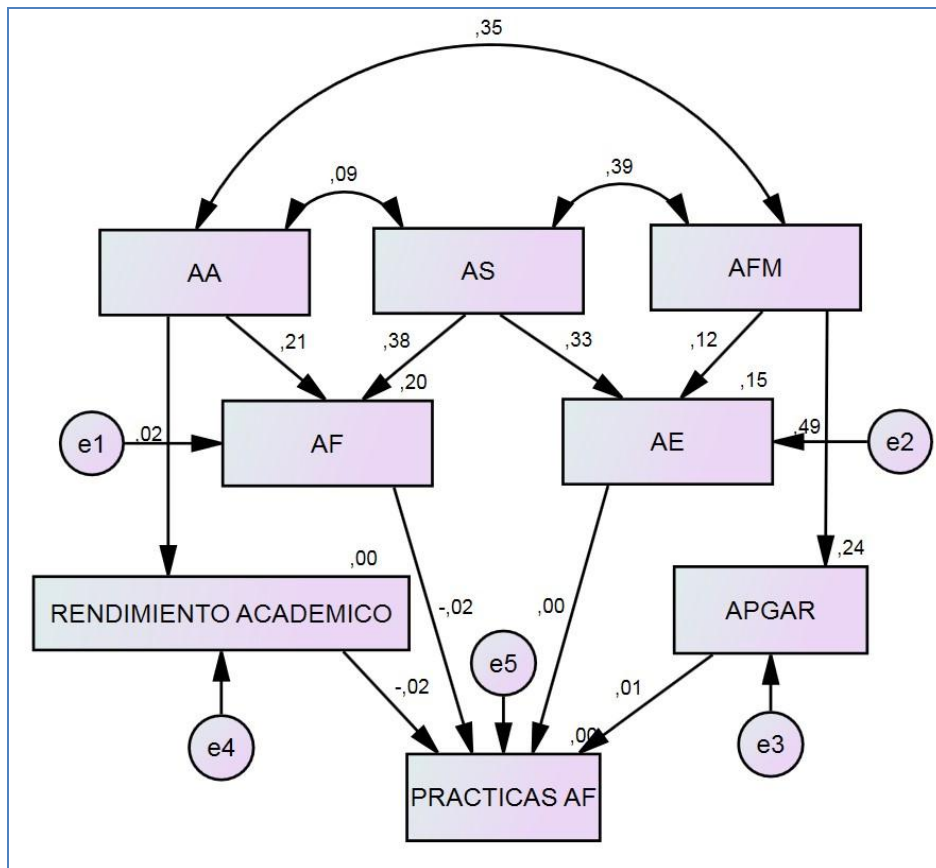


Figura V.41. Modelo de ecuaciones estructurales.

Una vez estimados los parámetros del modelo, se procede, en primer lugar, a valorar su ajuste. Tal y como recomiendan Bentler (1990) y McDonald y Marsh (1990), la evaluación de bondad de ajuste debe realizarse en base a varios índices: a) Chi-cuadrado: valores asociados a p , no significativos indican un buen ajuste del modelo (Jöreskog y Sörbom, 1993).

El índice comparativo de ajuste (*CFI*): valores superiores a .95 indican un buen ajuste del modelo (Hu y Bentler, 1998); índice de ajuste normalizado (*NFI*): valores superiores a .90 indican buen ajuste (Bentler y Bonett, 1980); índice de incremento de ajuste (*IFI*): valores superiores a .95 indican buen ajuste (Bollen, 1989); error cuadrático medio de aproximación o raíz cuadrada de la media del error de aproximación (*RMSEA*): valores inferiores a .05 indican un buen ajuste del modelo (Browne y Cudeck, 1993).

Los resultados de evaluación del modelo indican un buen ajuste global del mismo a los datos empíricos en todos los índices. Así, Chi-cuadrado presenta un valor asociado de p no significativo ($\chi^2= 133,352$; $gl.=15$; $p=.001$). El valor del índice comparativo de ajuste (*CFI*) respecto a un modelo nulo, presenta un valor de .945. El valor de *NFI* (.939) es superior al valor recomendado .90.

El valor del índice de incremento de ajuste (*IFI*) también obtiene valores aceptables (.945). Por último, el valor de *RMSEA* es .051, el cual se ajusta a los parámetros establecidos. En suma, se observa un buen ajuste del modelo a los datos empíricos.

Por otro lado, en la siguiente tabla, podemos observar la valoración técnica de los valores estimados para los parámetros. Su magnitud debe ser la adecuada, los efectos deben ser significativamente distintos de cero, no deben obtenerse estimaciones impropias (como varianzas negativas), etc.

Tabla V.65. Pesos de regresión y pesos estandarizados de regresión.

Relación entre variables			P.R.				P.E.R.
			Estimaciones	S.E.	C.R.	p	Estimaciones
AS	<-->	AA	,045	,011	4,006	***	,087
AS	<-->	AFM	,213	,013	16,727	***	,389
AA	<-->	AFM	,203	,013	15,167	***	,348
AF	<---	AA	,218	,021	10,589	***	,206
AF	<---	AS	,422	,022	19,289	***	,376
AE	<---	AS	,361	,024	15,310	***	,331
AE	<---	AFM	,111	,021	5,331	***	,115
APGAR	<---	AFM	,352	,014	26,087	***	,492
R.A.	<---	AA	,011	,014	,817	-	,018
Practica AF	<---	R.A.	-,015	,021	-,710	-	-,015
Practica AF	<---	AF	-,014	,013	-1,087	-	-,024
Practica AF	<---	AE	,000	,014	-,015	-	,000
Practica AF	<---	APGAR	,010	,018	,552	-	,012

Nota: P.R., Pesos de Regresión; P.E.R., Pesos Estandarizados de Regresión; S.E., Estimación del error; R.C., Ratio Crítico.

La relación entre variables es estadísticamente significativa, al nivel de .005 (con sólo un 5% de probabilidad de error), aunque las últimas cinco relaciones no presentan significatividad. La única relación entre variables situada por debajo de este valor, corresponden a notas de acceso y aprendizaje autorregulado. Los pesos con mayor índice de regresión corresponden a la relación entre el autoconcepto familiar y la escala de funcionalidad familiar; el autoconcepto físico y autoconcepto social; el autoconcepto familiar y autoconcepto social; disminuyendo las fuerzas en otras relaciones. Por el contrario, las cinco últimas relaciones establecidas carecen de significatividad, siendo la R.C. inferior a 2 (valores absolutos superiores a 2 de dicho cociente equivale a que el parámetro es diferente de 0 de forma estadísticamente significativa, al nivel de .005, con sólo un 5% de probabilidad de error, según destaca Andrade y Coba (2005). En el caso, podemos afirmar que las escalas utilizadas en dichas variables no poseen validez convergente.

DISCUSIÓN

VI. DISCUSIÓN

Mediante el presente estudio donde han participado 2.134 adolescentes, se detecta que casi la totalidad de los adolescentes no fumaban ni consumían alcohol de manera habitual, datos que siguen la línea de estudios previos como los de Rojas, Fleiz, Medina, Moron y Doménech (1999); Landero y Villarreal-González (2007); López-García, Esparza, Guzmán, Alonso y Rodríguez (2009); Salamó et al. (2010) o Carballo et al., (2013), con porcentajes de ingesta de alcohol semejantes. Sin embargo, se constata que tres de cada diez estudiantes si lo consumían de forma esporádica (fines de semana) o habitual. Dichos adolescentes, comienzan a realizar salidas nocturnas los fines de semana y como exponen Martínez y Villar (2004) y Ruiz-Ruiseño et al. (2011), una de las causas influyentes en el mayor consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles puede deberse al fenómeno “botellón” asentado desde hace décadas en nuestro país.

La principal explicación de los bajos porcentajes de consumo de ambas sustancias, es que la muestra estudiada es relativamente joven para presentar valores de consumo habituales altos, siendo la edad de 16 en adelante la que presenta porcentajes mayores en este campo. De ahí que los resultados deban interpretarse con cierta cautela, pues estos podrían deberse a que en estas edades es más habitual beber de forma esporádica, como los fines de semana y días festivos, que diariamente. De ahí que la mayoría de estudios muestren porcentajes elevados en cuanto a la ingesta de alcohol de forma eventual y, por el contrario, bajos en los que a dependencia se refiere.

Por otra parte, la ingesta de estas sustancias, no afecta exclusivamente a la salud del individuo, sino que reporta otra serie de perjuicios, entre los que destacan un deterioro en las relaciones familiares, así como el manifiesto de conductas agresivas e inadecuadas. Son diversos los estudios que demuestran estos vínculos, sirviendo de ejemplo los llevados a cabo por Natera, Borges, Medina, Solís y Tiburcio (2001); Cid-Monckton y Pedrão (2011); Ruvalcaba, Oliveros, Flores, Covarrubias y Gutiérrez (2013) o Villareal-González et al., (2013), donde además, afirman que estas conductas conllevan un elevado coste para el gobierno, ya que los efectos del alcohol y otras

drogas, inciden en la toma de decisiones arriesgadas por parte de los pubescentes, tales como la conducción, tener relaciones sexuales sin tomar medidas de prevención y peleas, entre otras. De esta forma, como ratifican Villarreal-González, Sánchez-Sosa, Musitu y Varela (2010), la pauta juvenil de consumo alcohólico es circunstancial, pero “explosivo”, puesto que tiene lugar en un instante determinado pero en grandes cantidades.

En este sentido, en cuanto al consumo de alcohol, Pascual, Reig, Fontoba y García (2011), estudiaron su relación con actitudes dañinas, extrayendo cifras bastante similares a los reportados por nuestra muestra. Así, entre los consumidores, una tercera parte declaró mostrar actitudes dañinas tras la ingesta de estos productos, como reyertas, conducción de algún vehículo y actos de comportamiento inadecuados; por el contrario debemos destacar que la mayoría mantenían conductas adecuadas, al igual que afirmaban Meneses, Markez, Romo, Uroz, Rúa y Laespada (2013). Entendemos que esta prudencia se debe a que la cantidad de bebida tomada no es desmesurada hasta el punto de provocar actos impropios en la persona. Idea apoyada a su vez por la baja edad de la mayoría del alumnado encuestado, lo cual nos incita a sospechar que a menos edad, menos cantidad de alcohol se ingiere y por ende, más concordancia en los actos se tiene.

Al mismo tiempo, se ha hallado relación entre alcohol, tabaco y dependencia y consumo de ambas, por lo que cuanto mayor es el consumo y dependencia de alcohol, mayor es el consumo y dependencia de tabaco y viceversa. Tales resultados concuerdan con los hallados por Urquieta, Hernández-Ávila y Hernández (2006).

En cualquier caso, se hace imprescindible la transmisión de hábitos familiares saludables desde edades tempranas, ya que las probabilidades de aumento en consumo progresa conforme se incrementa la edad (Gómez, Fernández, Romero y Luengo, 2008).

Además, el consumo de bebidas alcohólicas afecta al autoconcepto de nuestra muestra, en concreto las dimensiones académica, social y familiar. Al hilo de estos datos, autores como Musitu et al. (2007), Cava et al. (2008) y Moreno-Murcia et al. (2009) apoyan tal consistencia, aunque éstos últimos estiman que la dimensión social se ve incrementada en valores con la ingesta de alcohol, al ser una herramienta que favorece las relaciones

entre iguales. No obstante, esta asociación entre el autoconcepto y la dimensión social desaparecía al controlar el efecto estadístico de las variables sexo y edad. Sin embargo, no se han hallado ningún tipo de relación entre consumo de alcohol y las áreas física y emocional. Mencionados resultados coinciden parcialmente por los expuestos por Alcántara (2012), la cual manifiesta que existe relación entre consumo de alcohol y área física, pero no con la emocional.

También la dimensión física se ve influenciada negativamente por el consumo de sustancias nocivas, en concreto con el tabaco, donde los no consumidores, muestran valores más elevados que los fumadores, tal y como indican Oliva et al. (2008) y Zurita y Álvaro (2014). Sin embargo, Moreno-Murcia et al. (2004), matizan que el consumo en la adolescencia no se relaciona con problemas de comportamiento y autoconcepto.

Por el contrario, los resultados nos indican que no existen apenas diferencias entre los fumadores y no fumadores en cuanto a la dimensión académica y familiar. Estos resultados no se muestran afines con los descubiertos por Moreno-Murcia et al. (2009) y Fuentes et al., (2011), los cuales afirman que estas dos dimensiones, junto con la física, se relacionan inversamente con el consumo de sustancias nocivas.

Los adolescentes mostraron tener unos niveles de autoconcepto global adecuados, obteniendo las dimensiones familiar y social resultados elevados frente al resto de áreas, lo cual indica que a estas edades se le concede mayor importancia a las relaciones familiares y al grupo de iguales. Estos resultados ratifican lo encontrado por otros autores, que destacan que un autoconcepto global adecuado favorece la consecución de un buen ajuste psicológico, competencia personal y disminución de problemas comportamentales (Padilla et al., 2010).

Se ha apreciado que en este estudio la muestra arrojó niveles similares en las dimensiones de autoconcepto que los valores de referencia (García y Musitu, 1999) o los del estudio de García-Sánchez et al. (2013).

A su vez, es necesario destacar que la dimensión de tipo familiar es la más valorada por la muestra, siendo la emocional la que menos. Resultados similares y convergentes muestran Padilla et al. (2010) en lo que se refiere a la dimensión familiar; aunque se

deben tratar con cierta cautela siguiendo lo expuesto por Malo et al. (2011), que observaron que el autoconcepto familiar desciende conforme el adolescente promociona cursos en la Educación Secundaria Obligatoria, volviendo a aumentar en bachillerato. Se podría pensar, partiendo de estos resultados, que en estas edades el pubescente es todavía dependiente de sus progenitores, por lo que existe un fuerte vínculo familiar.

Sin embargo, el ámbito emocional es el menos valorado, hallándonos en la misma postura que Salum-Fares et al. (2011), los cuales obtuvieron como resultado de su análisis bajos niveles en este componente. Resultados divergentes encontraron Padilla et al. (2010) y Veliz y Apodaca (2012); entendemos que la obtención de estos puede deberse a que el alumnado encuestado se encuentra en una edad donde su personalidad se está configurando y sufren muchos altibajos emocionales, no estando seguros completamente de sí mismos. Tales resultados podrían sugerir la necesidad de impulsar esta variable, generando un clima cálido y participativo donde la aportación de cada alumno sea valorada para su mejora.

De acuerdo con los resultados hallados el AFM relaciona con el AS; ello concuerda con lo planteado por Esnaola (2005) y Contreras et al. (2010), cuando indicaban que la actividad física realizada de forma continua generaba un incremento en el autoconcepto, sobretudo a nivel social, apoyándonos en la influencia que tienen los aspectos culturales y personales en estos resultados como manifiestan MacCallun y Austin (2000). Se podría pensar, a partir de estos resultados, que una parte importante de la práctica de actividad física surge a partir de las relaciones entre iguales, siendo el contexto mediterráneo un lugar idóneo para celebraciones de tipo familiar y reuniones de amigos (Moral et al., 2010).

Entre las dimensiones del AS, AA y AE con AFM existe poca correlación. Este hecho, no hace más que confirmar lo plasmado por Salum-Fares et al. (2011), que indicaba una relación indirecta entre esta dimensión y el resto. Para entender esta idea, debemos partir de las apreciaciones de diversos autores como González-Pienda et al. (2000) o Goñi y Fernández (2007) en cuanto a los efectos del campo social, académico y emocional en relación al contexto familiar. En el marco de este trabajo, si bien se encuentran relaciones bastante escasas, entendemos que en esta etapa se pone especial énfasis en el elemento familiar, siendo el resto complementarios del mismo. De este

modo, queda demostrada la importancia de las dimensiones del autoconcepto, sobre todo en la etapa adolescente (Molero, Ortega-Álvarez, Valiente y Zagalaz-Sánchez, 2010).

Donde más correlación existe es entre el APGAR Y AFM, lo que denota que tener una funcionalidad familiar normal genera un mayor autoconcepto familiar, evidenciándose la importancia que tiene el núcleo familiar sobre la motivación, el comportamiento y la adquisición de valores por parte de los jóvenes (Estévez, Musitu y Lila, 2005; Núñez, Martín-Albo, Navarro, Sánchez, González-Cutre, 2009; Murgui, García, García y García, 2012). El patrón de apoyo a nivel familiar de padres, madres y hermanos, por tanto, se relaciona de forma incipiente, generando un incremento en el autoconcepto y corrobora lo señalado por Adell (2002), que postula que la familia es la organización social más elemental, constituyendo el enclave inicial donde se conforman las pautas del comportamiento y de personalidad de los hijos.

Con respecto a la práctica regular de actividad física, tres cuartas partes de los adolescentes granadinos la realizaban de forma sistemática; resultados similares encontraron Yuste, López, López, García y García (2008) en la región de Murcia, Martínez-Gómez et al. (2009) en Madrid o Beltrán et al. (2012) en la comunidad valenciana, los cuales señalan dos extremos, (actividad del 52,2% e inactividad del 47,8%); también destacan los resultados de Riddoch et al. (2004), en adolescentes de Portugal, Estonia, Dinamarca y Noruega.

Por el contrario, Janssen et al. (2005) investigaron el nivel de práctica de AF en 34 países europeos, donde descubrió que solo el 25,4% llevaba a cabo una práctica física adecuada.

Además, se ha encontrado que dos terceras partes practican ejercicio de forma regular más de tres horas semanales en horario extraescolar, mientras que solo una minoría lo hacía de forma federada. Dichos resultados son similares a los encontrados por Ruiz et al. (2001), en su estudio con escolares de la población almeriense; y con los hallados por Abarca et al. (2010), los cuales comprobaron que más de dos terceras partes de la muestra cumplen las recomendaciones de práctica de actividad física marcadas por la

OMS. Resultados bien diferentes arrojaron González y Portolés (2014), donde una pequeña muestra practicaba actividad física, al menos, tres días a la semana.

Atribuimos estos altos porcentajes de práctica de actividad física por parte de la muestra del presente estudio fundamentalmente a dos razones: en primer lugar, los ayuntamientos que han aumentado su oferta deportiva en los últimos 15-20 años, facilitando la práctica de actividad física y ejercicio con la construcción de nuevas instalaciones como piscinas y pabellones cubiertos, pudiendo refugiarse del frío y días lluviosos; en segundo lugar a que gran parte de la muestra vive en la costa, gozando así de un clima meteorológico adecuado durante todo el año.

La actividad física y su práctica generan beneficios a nivel físico y psicológico (disminución de ansiedad, cansancio, estrés,...) influyendo en la prevención de enfermedades y aportando mejoras en la autoestima y el autoconcepto (Dishman et al., 2006; Babiss y Gangwish, 2009; Jiménez-Torres, Martínez, Miró y Sánchez, 2012). Del presente estudio se desprende que la práctica de actividad física no es causa del resto de variables que miden el modelo, lo cual confirma lo planteado en estudios previos con adolescentes (Asci, Kosar e Isler, 2001; Guillén y Ramírez, 2011; García-Sánchez et al., 2013), donde se postula que la práctica de actividad física no influye sobre el autoconcepto general, argumentando que a estas edades otras dimensiones podrían influir de manera más incipiente (Villareal-González, Sánchez y Musitu, 2013).

Sin embargo otros estudios como los de Moreno (1997); Klomsten, Skaalrik y Espnes (2004) y Esnaola (2005), indicaban que la actividad física tenía elevada correlación con la dimensión física. No obstante, esos datos fueron analizados en poblaciones universitarias y adultos jóvenes, etapas posteriores a las de nuestra población. En esta línea se sitúan también las investigaciones de Hellín (2007), Moreno-Murcia, Moreno y Cervelló (2007); Candel et al. (2008) y Reigal y Videra (2011), los cuales hallaron conclusiones positivas en la correlación de mayor práctica de actividad física y satisfacción con su aspecto físico. En nuestro caso, aquellos adolescentes que practican deporte federado, arrojan cifras medias superiores a los que no lo están, hecho que atribuimos a que cuantas más horas de ejercicio se ejecuta, mejor condición y aspecto físico se obtiene.

Por lo que para entender estas ideas aparentemente contradictorias, señalamos que en las etapas previas a la adolescencia, priman más las relaciones de tipo familiar y social que las deportivas, invirtiéndose conforme aumentamos de edad.

Por otra parte, en lo concerniente a la relación de la práctica de actividad física con el consumo de sustancias nocivas, los resultados arrojaron que los sujetos que no practican actividad física son más fumadores que los practicantes; estos datos concuerdan con los hallados por Ruiz-Ruisueño et al., (2011), donde compara la relación entre actividad física y consumo de drogas con una muestra de adolescentes españoles y mexicanos. Citado autor, afirma que el adolescente español que es activo, tiene una menor predisposición a consumir sustancias nocivas. Por el contrario, en la población mexicana, la práctica de actividad física no se vinculó con una menor ingesta de drogas. Sin embargo, pocos son los estudios que evidencian que la práctica de actividad física pueda provocar hábitos no saludables (Rainey, McKeown, Sargent y Valois, 1996).

Pensamos que los resultados encontrados en la relación tabaco y actividad física, se deben a que la ingesta de nicotina repercute negativamente en el rendimiento deportivo. Por el contrario, el hecho de consumir alcohol, no es acusado, en tanta medida, como el tabaco en el rendimiento deportivo por parte de los alumnos, los cuales llevan a cabo un consumo más esporádico, concretamente de fin de semana.

En lo referente a la relación de práctica de actividad física con las dimensiones del autoconcepto, el marco familiar es más valorado por los adolescentes que practican frente a los que no, propiciado en gran parte por la influencia de los padres. Tales resultados coinciden con los encontrados por Revuelta y Esnaola (2011). Para poder dar explicación a este hecho, nos basamos en las conclusiones obtenidas por Weiss, Smith y Theeboom (1996) y Roberts (2001), donde los padres y madres que juegan y practican ejercicio con sus sucesores, propician diferentes estímulos en estos, aumentan su bagaje de valores y, además, disfrutan más tiempo de sus hijos, lo cual incrementa el lazo familiar y, por ende, la percepción de los pubescentes sobre sus padres.

La mayoría de los adolescentes practican deportes de tipo colectivo, especialmente el fútbol; proporciones muy similares son las mostradas en el estudio llevado a cabo por Ruiz et al. (2001) en la población almeriense, donde el 44,8% se decantaba por deportes

colectivos frente al 33,7% que prefería modalidades individuales. Sin embargo, las actividades de gimnasio son las que menos. Tales resultados concuerdan con los plasmados por Luengo (2007), que señalaba que los deportes más practicados son balonmano y fútbol.

Otro ejemplo de resultado elevado en la realización de deportes individuales, es el estudio de García (2006), en su amplia investigación sobre los deportes desde 1980-2005, donde descubrió que la natación había sido la modalidad más practicada en estos veinticinco años, posicionándose por encima de deportes como el fútbol, voleibol y baloncesto, tradicionalmente predominantes en nuestro país. Entendemos que el rango de edad empleado por el autor era diverso.

Nuestra explicación a tales resultados, la atribuimos a que los deportes colectivos ofrecen mayor posibilidad de diversión y relaciones sociales entre amigos, lo cual lo hace más entretenido y atractivo en estas edades. Además, el fútbol es uno de los deportes más influyentes en nuestra sociedad, siendo el más practicado a nivel nacional y mundial (Pedrosa, García, Suárez y Pérez, 2012; López-Alameda, Alonso, López, Miragaya, Alonso y González, 2012).

En nuestro trabajo se encuentran cifras semejantes a las que nos deparan Revuelta y Esnaola (2011) en adolescentes procedentes del País Vasco y Cantabria, que nos indican que la influencia de los padres es decisiva en la práctica deportiva por parte de los hijos, habiendo un porcentaje alto de niños practicantes de actividad física cuyos padres estaban inmiscuidos en ámbitos deportivos. También Fredricks y Eccles (2004), hablan de la importancia del contacto de la persona con el deporte desde edades tempranas, lo cual transmite cantidad de valores de forma directa e indirecta. Los resultados encontrados en la presente investigación, guardan relación con lo hallado por la mayoría de los científicos. En este sentido, pensamos que el hecho de que los niños tengan una familia que practique deporte y actividad física, repercute positivamente en que estos desarrollen prácticas similares durante su adolescencia.

Otro dato a destacar, es que los participantes que realizan deportes colectivos, presentan cifras más elevadas en autoconcepto familiar, lo cual puede deberse a la mayor cohesión entre familias al acudir a eventos y partidos organizados por los clubes, donde

comparten gran cantidad de horas durante una temporada (Gutierrez y Escartí, 2006; Matilla, 2013).

En lo referente al número de fichas federativas, los deportes colectivos e individuales son los que albergan mayor número de competidores de forma reglada, por encima de las actividades llevadas a cabo en gimnasio y derivados. Tales resultados concuerdan con los obtenidos por García (2006) en su estudio de los hábitos deportivos de la población española hasta mediados de la primera década del siglo XXI. Este aumento en fichas federativas en mencionadas modalidades deportivas creemos que se debe, en gran parte, a la celebración de las Olimpiadas de Barcelona en 1992 y a la gran oferta de programas por parte de los ayuntamientos que todavía perdura en la sociedad actual.

En cuanto al nivel académico, se obtuvieron datos muy elevados de repetidores; tendencia similar a la planteada por Barca, Peralbo, Porto, Marcos y Brenlla (2011), con alumnado de Galicia. Con objeto de atribuir causas a los resultados encontrados, nos apoyamos en el estudio de Córdoba, García, Luengo, Vizuet y Feu (2012), los cuales achacan el bajo rendimiento académico a variables como el absentismo, tiempo dedicado al estudio, dedicación a la lectura, clima escolar y satisfacción escolar entre otros.

En contraposición debemos señalar el trabajo de Calero, Choi y Waisgrais (2010), que encontraron en Asturias un porcentaje de fracaso escolar del 14,6%, siendo la comunidad autónoma que mejores resultados académicos mostró en el territorio español; aunque no menos interesantes son los datos obtenidos por Perez-Espàrrells y Morales (2012), que señalaron en una comparativa a nivel europeo, que el Reino Unido (100%), Finlandia (91%) o Francia (88%) alcanzaban cifras cercanas a la totalidad en cuanto a que la población consigue el título de Educación Secundaria. Esto nos hace plantearnos la necesidad de copiar e intentar instaurar los sistemas educativos de estos países en aras de alcanzar niveles académicos satisfactorios.

El consumo de tabaco y alcohol con respecto al rendimiento académico, no generó ningún tipo de relación; datos contrarios a los obtenidos por Carrasco, Barriga y León (2004) en su estudio, donde se pone de manifiesto que la ingesta de bebidas alcohólicas incide negativamente sobre las calificaciones académicas de los estudiantes. La

explicación a las cifras obtenidas, una vez más, las referimos a que la toma de alcohol y tabaco por parte de los adolescentes estudiados no sea lo suficientemente representativa como para provocar efectos negativos en la rentabilidad académica, debido a que un alto porcentaje de la muestra no tiene una edad suficiente para tener un consumo desmesurado.

El clima familiar percibido en la mayoría de los casos era el adecuado, detectándose únicamente casos aislados de comportamiento o desorden familiar extremo, corroborado en el estudio de Revuelta y Esnaola (2011), que incidían en que un buen clima familiar, viene propiciado mayormente por la práctica de actividades físico-deportivas por parte de la familia. Tales resultados concuerdan a su vez con los encontrados por Cid-Monckton y Pedrão (2011).

Cabe destacar que, los adolescentes con funcionalidad alterada presentaron mayor consumo tanto de tabaco como de alcohol. Datos similares encontraron Ruvalcaba y Covarrubias (2012), que señalaban que aspectos de la funcionalidad familiar como el control, afecto y la comunicación, se veían afectadas a medida que el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias ilegales era mayor. A su vez, Villareal-González, Sánchez y Musitu (2013) comprobaron, con adolescentes mexicanos, que el consumo excesivo de alcohol está relacionado de forma positiva con la toma de esta misma sustancia por parte de familia y amigos y negativamente con las variables de funcionamiento familiar, ajuste escolar, autoestima escolar y apoyo familiar.

Hemos de destacar que aquellos niños que disfrutaban de un clima familiar adecuado, presentan un mayor autoconcepto que aquellos que disponen de una disfunción severa en este sentido. Para poder aclarar esta consecuencia, nos basaremos en los resultados obtenidos por Santos (2005), Borine (2009), Padilla et al. (2010) y Nunes, et al. (2012), los cuales manifiestan que la familia está muy relacionada con el desarrollo de la personalidad y del autoconcepto, pudiendo influir en una disminución de la negligencia, agresividad, desinterés e incremento de intrepidez en hombres, así como un aumento de la sensualidad, compromiso, afectividad y disminución de la inseguridad en mujeres.

En lo concerniente a la práctica de actividad física por los padres, algo más de la mitad de la muestra confesó que sus progenitores hacían ejercicio de forma habitual. Datos

contrarios a los encontrados por Luengo (2007), el cual descubrió que los progenitores de un grupo de alumnos de Madrid apenas practicaban deporte. Es muy importante la influencia de la familia para que los adolescentes practiquen deporte y, en general, adquieran hábitos saludables (Pérez y Delgado, 2013).

En referencia a los valores de los niveles de estudios de padres y madres, en ambos casos los estudios más alcanzados fueron los de primaria y secundaria, tal y como muestran la mayoría de trabajos consultados, entre los que destacan Salazar, López y Romero (2010) y Gil (2013), donde medían el nivel socioeconómico familiar y la influencia familiar en el rendimiento escolar. Además, fundamentan que el nivel de estudios de los padres es de primaria y secundaria, motivado porque han gozado de menos oportunidades educativas, por lo que se deduce que el nivel social, económico y educativo de los abuelos de los adolescentes, era limitado, lo cual influyó en la formación de sus padres.

En base a las relaciones de las dimensiones del AF-5 con el género, se detectan diferencias en la dimensión académica, emocional y física. En la primera de ellas, las chicas presentan valores medios más elevados que los chicos, resultados que son convergentes con los obtenidos por Padilla et al. (2010) y Malo et al., (2011). Sin embargo, Backes (1994) y Gordillo et al., (2011) hallaron puntuaciones más bajas en el área académica por parte de las chicas. Tenemos la creencia que esta diferencia entre chicos y chicas, en el área académica, puede deberse a que la valoración global de la misma, enmascare diferencias en ciertas habilidades, por lo que sería interesante desglosar la competencia académica en varios sectores (Stevenson y Newman, 1986).

En lo que respecta al área emocional, un altísimo porcentaje de estudios sitúan a los chicos con resultados más positivos que sus compañeras, tal y como lo demuestran Padilla et al. (2010) y Veliz y Apodaca (2012).

En cuanto al área física, la mayoría de los autores han encontrado diferencias de género, obteniendo resultados más elevados en los chicos (Pastor, Balaguer y Benavides, 2002; Ruíz de Azúa, Rodríguez y Goñi, 2005; Padilla et al. 2010; Malo et al., 2011; Gordillo et al., 2011). Por el contrario, existen muy pocas investigaciones en las que los resultados se muestren a la inversa, es decir, chicas con un autoconcepto físico más

elevado que los chicos (López-Justicia y Pichardo, 2003), aunque hay que destacar que los autores trabajan con pubescentes con visión afectada. Desde nuestro punto de vista, el hecho de que las chicas muestren un autoconcepto físico más bajo, se debe a que estas son más estrictas con su imagen en edad adolescente, en comparación con los chicos, concediéndole más importancia al aspecto físico. Las chicas suelen madurar antes que los chicos y ello es un aspecto a tener en cuenta en las investigaciones centradas en este tema.

En lo concerniente al vínculo del género con el consumo de sustancias nocivas, los chicos mostraron mayor dependencia que las chicas en consumo de tabaco y de alcohol. Tales resultados concuerdan con los hallados por Martínez, Alonso y Montañés (2010), Villarreal, Sánchez y Musitu (2012) y Meneses et al. (2013). Por el contrario, Salomó, Gras y Font-Mayolás (2010), obtuvieron valores muy igualados por género en consumo de alcohol, incluso las chicas obtuvieron valores superiores a los chicos en valores de consumo esporádico. En este sentido, Jiménez-Muro, Beamonte, Marqueta, Gargallo y Nerín (2009), revelan que son las mujeres las que muestran mayor dependencia en el consumo de sustancias nocivas. Atribuimos los resultados encontrados en nuestro estudio a que los varones relacionan el fumar y beber a una mayor madurez, al mismo tiempo que creen aumentar su estatus varonil ante las féminas.

Al analizar la correlación entre género y nivel deportivo, los datos arrojan resultados más elevados en el sexo masculino que en el femenino. Resultados similares encontraron Ruiz et al. (2001) y Luengo (2007) en sus estudios con estudiantes de primaria y secundaria de la población almeriense y del barrio de Carabanchel en Madrid respectivamente. También Moreno-Murcia, Cervelló y Moreno (2008) y Flores, Ruiz y García (2009) hallaron mejores índices de condición física y salud a favor de los varones. Por el contrario, Salazar, Feu, Vizuete y De la Cruz-Sánchez (2013) no encontraron diferencias significativas en función del género.

Tenemos la creencia de que estos resultados, entre otros aspectos, vienen marcados históricamente, ya que el hombre siempre ha sido más propicio a la práctica deportiva que la mujer. Por otra parte, los deportes que más peso tienen en la sociedad actualmente, como el fútbol y el baloncesto, suelen atraer más a los chicos que a las chicas, jugando en este sentido a favor de ellos.

Si atendemos a los resultados extraídos de la comparativa entre el género y rendimiento académico, afirmamos que las chicas obtienen mejores calificaciones en el ámbito escolar. Esta apreciación se verifica con el estudio llevado a cabo por Galicia-Moyeda, Sánchez-Velasco y Robles-Ojeda (2013). Por el contrario, Vázquez, Noriega y García (2013) no encontraron diferencias significativas al respecto. En este sentido, interpretamos los resultados obtenidos con cautela, ya que el rendimiento académico depende en gran medida de múltiples variables, entre otras la familia (Martínez et al., 2010), siendo difícil establecer una causa-efecto.

Respecto a la correlación entre género y nivel de funcionalidad familiar, las chicas obtienen peores puntuaciones que los chicos, al igual que Revuelta y Esnaola (2011) en su estudio sobre clima familiar deportivo. Por el contrario, Pinilla et al. (2012) no obtuvieron diferencias significativas en lo referente a funcionalidad familiar en función del género; y Povedano et al. (2011) afirman que las féminas tienen mayor expresividad que los chicos en el ámbito familiar.

Pensamos que en nuestro estudio, al haber analizado a adolescentes, las chicas poseen mayor madurez que los chicos, comenzando a tomar decisiones más atrevidas en lo que a modas, hábitos y estilos de vida se refiere, lo cual facilita el enfrentamiento con los progenitores, llegando a crear un ambiente familiar disorde. En cualquier caso, se hace imprescindible crear un buen clima familiar, ya que ello influye positivamente en el sentimiento de bienestar de las personas, su ajuste psicosocial, el rendimiento e integración escolar y laboral, su comportamiento prosocial y la percepción de salud física y mental (García y Musitu, 2009).

Una vez analizada la relación entre consumo de tabaco y la práctica de actividad física realizada por parte de padres, queremos resaltar que aquellos discentes que no consumen tabaco, poseen padres con mejor condición física que aquellos que sí fuman.

Dichos resultados concuerdan con los hallados por Cantallops, Ponseti, Vidal, Borrás y Palou (2012), los cuales afirman que la influencia de los padres, entre otras variables, es decisiva en la adquisición de hábitos saludables por parte de los hijos. En este sentido, explicamos los resultados obtenidos basándonos en el estudio de Villarreal, Sánchez y

Musitu (2012), donde se corrobora que en las familias que tienen un estilo saludable, la influencia será positiva en la adquisición de hábitos por parte de sus hijos.

Por otra parte, siendo un dato muy curioso, aquellos adolescentes que compiten a nivel federado, muestran actitudes dañinas tras la ingesta de alcohol en un porcentaje más elevado que los no federados. Al hilo de esto Moore y Werch (2005) encontraron resultados similares en su estudio, donde los adolescentes que practicaban deportes colectivos, consumían más alcohol que los que se decantaban por deportes individuales. Rodríguez, López, López y García (2012), confirman que los adolescentes seleccionados en su estudio que practicaban deporte, consumían tabaco en un alto porcentaje. Sin embargo, Ruiz-Ruisueño et al. (2012) opinan que el hecho de practicar actividad física disminuye la probabilidad de consumir alcohol, tabaco y drogas. Atribuimos los resultados obtenidos a que es posible que los adolescentes que tienen cierto nivel deportivo y destacan entre el grupo de iguales, suelen ser centro de atención en estas edades, caracterizados por la extroversión, lo cual puede llevar a querer captar el interés en ámbitos no deportivos también.

Tomando como referencia el autoconcepto físico y el nivel de práctica física, aquellos adolescentes que compiten a nivel federado presentan cifras más elevadas que los no federados. Dichos resultados concuerdan con los hallados por Moreno-Murcia et al. (2007) y Reigal, Videra, Márquez y Parra (2013). Tenemos la creencia que el practicar ejercicio a un nivel más elevado repercute en un aumento de la condición física y, por ende, en un aumento de la concepción que una persona posee de su propia imagen corporal.

Centrándonos en la relación existente entre el autoconcepto y la funcionalidad familiar, los resultados desvelan que todas las dimensiones se ven favorecidas a excepción de la emocional. Los resultados encontrados muestran relación con la investigación llevada a cabo por Madrigales (2012). Sin embargo, Coss (2007) encontró una funcionalidad familiar inadecuada en su investigación. Pensamos que la dimensión emocional obtiene valores más bajos debido a que la etapa adolescente se caracteriza por ser una etapa de “tormenta” y estrés, lo cual hace que la personalidad del individuo fluctúe constantemente, dando lugar a desajustes.

Por otra parte, se ha detectado que aquellos adolescentes cuyos padres hacen actividad física, tienen más posibilidad de seguir las pautas que llevan a cabo sus progenitores. Tal conclusión mantiene concordancia con el estudio llevado a cabo por Salazar, et al. (2013), los cuales indican que el principal modelo para la adquisición de estilos de vida saludables y práctica de actividad física son los padres y el grupo de amigos. Otros trabajos señalan que los adolescentes más jóvenes reciben mayor influencia por los progenitores del mismo sexo. En este sentido nos posicionamos bajo la misma idea de los autores citados, ya que los adolescentes pasan la mayor parte del tiempo con la familia y amigos, siendo estos los principales modelos para la transmisión de valores.

Se ha encontrado también que el rendimiento académico del alumnado es mayor cuando los padres practican actividad física, tal y como afirman González y Portolés (2014). La mejor manera de transmitir valores y hábitos saludables a los hijos es dar buen ejemplo de ello (López-Frigia, 2013).

Por último, señalar que en este trabajo se ha analizado la pentadimensionalidad propuesta para la escala de autoconcepto AF5 y su relación con la práctica de actividad física, funcionalidad familiar y rendimiento académico; el modelo se ajusta de forma conveniente, apoyando los resultados obtenidos en otros estudios analizados dentro del contexto nacional e internacional en los últimos años (Tomas y Oliver, 2004; Cerrato, Sallent, Aznar, Pérez y Carrasco, 2011; Salum-Fares et al., 2011; García, Gracia, y Zeleznova, 2013; León, Núñez, Domínguez, y Martín-Albo, 2013; Molero, Zagalaz-Sánchez y Cachón-Zagalaz, 2013; Shen, 2014).

CONCLUSIONES

VII

VII. CONCLUSIONES.

De la presente investigación se extraen las siguientes conclusiones.

- Los adolescentes de segundo ciclo de secundaria son, en su mayoría, no fumadores y el consumo de alcohol era perceptible, únicamente, en tres de cada diez jóvenes; asimismo, los adolescentes presentaron cifras globales de autoconcepto normales, destacando principalmente el área familiar y social.
- La práctica de actividad física regular es perceptible en siete de cada diez adolescentes, siendo la modalidad de deporte colectivo la más frecuentada. Por otra parte, dos de cada diez jóvenes se encuentran federados.
- El comportamiento familiar era normal en la mayoría de los casos; más de la mitad de los padres/madres habitualmente hacen actividad físico-deportiva y una tercera parte de los discentes eran repetidores de curso.
- Por género, se arroja como ellos tienen mayor dependencia de alcohol, obtienen peores calificaciones académicas, compiten en mayor número a nivel federado y poseen un autoconcepto físico y emocional más elevado que ellas; estas, a su vez reportan un mayor autoconcepto académico y una mayor disfuncionalidad familiar.
- En los jóvenes, no se encontró asociación entre el consumo de sustancias nocivas y el autoconcepto, ni tampoco con el rendimiento académico y nivel de estudios en los padres; sin embargo, se detectó que los adolescentes con disfunción familiar severa, tenían alta dependencia hacia el tabaco y un consumo medio y excesivo de alcohol.
- No se determinan correspondencias entre los diversos niveles de autoconcepto y variables físico-deportivas ni de rendimiento académico, excepto el

autoconcepto de tipo familiar, que es mayor en los practicantes de actividad física; asimismo debemos indicar que a mayor funcionalidad familiar mayor es el autoconcepto.

- Los adolescentes que practican actividad física de una forma regular, vienen inducidos por la influencia de parámetros familiares, apreciándose como el hecho de que los progenitores practiquen actividad física, repercute positivamente en que sus descendientes también lo hagan, realizando en mayor medida deportes de tipo colectivo y estando federados en ellos.
- Se comprueba que el alumnado cuyos padres realizan actividad física, son menos repetidores que aquellos cuyos padres no realizan deporte habitualmente.
- Podemos señalar que el modelo utilizado a partir de la base teórica propuesta por Shavelson et al., (1976) se ajustó de manera correcta, obteniendo una adecuada fiabilidad, generando una mayor perspectiva que aquellos instrumentos que solamente miden la dimensión física. Del mismo modo, debemos indicar que la práctica de actividad física no es causa del resto de variables que miden el modelo y los resultados nos sugieren que la funcionalidad familiar interviene sobremanera en el autoconcepto y sus dimensiones (principalmente en la dimensión familiar).
- Por último, en lo concerniente a las hipótesis, señalar que la primera, segunda, cuarta, quinta y sexta no se cumplen. Entendemos que ello se debe a la edad de la muestra analizada; y que la tercera, únicamente se cumple cuando citamos el contexto social; por el contrario, las hipótesis séptima, octava y novena se cumplen satisfactoriamente.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

VIII

VIII. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Con respecto a las características de la investigación realizada, expuestas en el marco metodológico, plantearemos las limitaciones que se han detectado:

- La primera limitación que se ha detectado ha sido el diseño del estudio que es de carácter descriptivo y de corte transversal, dando lugar, por tanto, a una única recogida de datos, por lo que en numerosos casos no se pudo recoger la plantilla al completo. En este sentido, hubiera sido interesante recoger los datos en varias ocasiones, con objeto de poder añadir más participantes a la muestra.
- Otra posible anomalía ha sido el no haber recogido los datos al final del curso académico, con la finalidad de que hubiesen expuesto de una forma más clarividente y certera la calificación final obtenida.
- La principal explicación de los bajos porcentajes hallados sobre el consumo de sustancias nocivas, se debe a que la muestra estudiada es relativamente joven para presentar valores de consumo habituales altos, siendo la edad de 16 años en adelante la que presenta porcentajes mayores en este campo. Ello ha supuesto una anomalía y limitación, aunque según los datos que se consultaron en la literatura tenían indicios de que en estas edades podrían existir cifras elevadas.
- Igualmente, debemos interpretar los datos con cierta cautela al realizar un estudio de carácter transversal, no permitiéndonos establecer relaciones causales, ya que no se ha profundizado sobre la procedencia real de estos participantes. De ahí que resulte interesante considerarlo en futuros proyectos educativos a realizar. Añadir que otra limitación ha sido la evaluación del rendimiento académico, ya que se realiza mediante auto informe del estudiante y no se constata con un informe oficial, pudiendo originar cierto sesgo.

PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN

IX

IX. PERSPECTIVAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Los resultados y datos hallados en esta investigación, suponen una aportación importante al ámbito objeto de estudio, pero no se debe obviar que esto supone un primer paso hacia la realización de trabajos posteriores, destacando las siguientes perspectivas de investigación:

- Implantar programas de intervención que fomenten la adquisición de valores mediante la práctica deportiva, de manera que aumenten los niveles de práctica deportiva y disminuya la ingesta y consumo de sustancias nocivas (tabaco y alcohol).
- Se realizarán estudios similares en las localidades cercanas a Granada, que nos permita contar con un tamaño de muestra mayor; así como establecer comparativas con estudiantes del mismo rango de edad y de diferentes países y culturas.
- Será importante establecer pautas de acción con objeto de reducir, en la mayor medida de lo posible, la ingesta y consumo de sustancias nocivas; este tipo de hábitos y hacer conscientes a los principales elementos comunicativos (familia y amigos), mediante la realización de talleres y seminarios, supondrá un avance muy importante en la transmisión de valores hacia el adolescente.
- Estos hallazgos respaldan la necesidad de seguir profundizando en la investigación de hábitos saludables y de personalidad en los adolescentes, con el objetivo de detectar la etapa clave donde se generan comportamientos nocivos que afectan a los jóvenes y que repercuten negativamente en edades superiores. Parece incuestionable la necesidad de determinar los factores antecedentes, así como elaborar programas encaminados a la disminución de conductas anómalas, en el ámbito familiar y académico, en etapas precedentes.
- Al mismo tiempo, sería interesante establecer otras variables más específicas en relación con la práctica físico-deportiva (frecuencia, modalidad, nivel,...), así

como en otros grupos de edad, destacando que el AF5 constituye un elemento bastante recomendable para analizar las diversas dimensiones del autoconcepto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

X

X. REFERENCIAS



- Abarca-Sos, A., Zaragoza, J., Generelo, E., y Julián, J. A. (2010). Comportamientos sedentarios y patrones de actividad física en adolescentes. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 40(39), 410-427.
- Adell, M.A. (2002). *Estrategias para mejorar el rendimiento académico de los adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Agapito, M., Calderón, A., Cobo, B. y Rodríguez, L. (2013). Relación entre el autoconcepto y el rendimiento académico en adolescentes. *Revista Electrónica de Investigación Docencia Creativa*, 2, 181-187
- Aguilar, B.R., Navarro, A.M., Rodríguez, R. y Trillo, V.C. (2013). La influencia del autoconcepto en el rendimiento académico. *Revista Electrónica de Investigación Docencia Creativa*, 2, 169-173.
- Ainsworth, M. (1979). Infant-mother attachment. *American Psychologist*, 34, 932-937.
- Ajello, A. (2003). *La motivación para aprender. Manual de psicología de la educación* España: Popular.
- Alberti, R. y Emmons, M. (1978). *Your perfect right: A guide to assertive behaviour*. California: Impact.
- Alcántara, S. A. (2012). *Control conductual percibido, intención y autoconcepto para evitar el consumo de drogas en estudiantes de preparatoria*. Tesis Doctoral: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Alexander, R. D. (1989). *The evolution of the human psyche*. Edinburgh: Mellars y C. Stringer.
- Alfaro, L., Sánchez, M., Andrade, P., Pérez, C. y Montes de Oca, A. (2010). Habilidades para la vida, consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(1), 67-77.
- Allport, G. W. (1943). The ego in contemporary psychology. *Psychological Review*, 50,451-478.

- Almagro, S., Dueñas, M.A. y Tercedor, P. (2014). Actividad física y depresión: revisión sistemática. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 14 (54), 377-392.
- Almeida, T. y Sampaio, F. M. (2007). Stress e suporte social em familiares de pessoas com paralisia cerebral. *Psicologia, Saúde y Doenças*, 8(1), 145-151.
- Alsaker, F. (1997). *El als de Pubertät Belastung. ¿El und más amable el heute de Jugendliche: el belastet-el überbelastet?.* Zürich: Rüeegger.
- Alsaker, F. D. y Flammer, A. (2003). *Púber Maturation. Adolescence: The European Perspective.* Brussels Psychology Press, In Press.
- Amezcuca, J. A. y Fernández, E. (2000). La influencia del autoconcepto en el rendimiento académico. *Iberpsicología*, 5(1), 1-6.
- Amezcuca, J. y Pichardo, M. (2000). Diferencias de género en autoconcepto en sujetos adolescentes. *Anales de Psicología*, 16(2), 207-214.
- Andrade, J. y Coba, M. (2005). *Modelación de ecuaciones estructurales.* Carrera de Ingeniería Matemática: Universidad de Quito.
- Andreasen, C. y Andersen, G. (2009). Gene-environment interactions and obesity-further aspects of genomewide association studies. *Nutrition*, 25(10), 998-1003.
- Arancibia, V. y Álvarez, M. I. (2011). Características de los profesores efectivos en Chile y su impacto en el rendimiento escolar y autoconcepto académico. *Psyche*, 3(2), 131-143.
- Aries, P. (1962). *The discovery of childhood.* New York: A división of Ramdon House.
- Ariza, C., Nebot, M., Villalbí, J.R., Díez, E., Tomás, Z. y Valmayor, S. (2003). Tendencias en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis de los escolares de Barcelona (1987-1999). *Gaceta Sanitaria*, 17, 190-195.
- Arnett, J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American psychologist*, 55(5), 469-480
- Arpini, D. M. y Quintana, A. M. (2003). Identidade, família e relações sociais em adolescentes de grupos populares. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 20(1), 27-36.
- Arráez, J.M. (1998). *Motricidad, autoconcepto e integración de niños ciegos.* Tesis Doctoral: Universidad de Granada.
- Asci, F.H., Kosar, S.N. e Isler, A.K. (2001). The relationship of self-concept and perceived Athletic competence to physical activity level and gender among Turkish early adolescents. *Adolescence*, 36(143), 499-507.

Atlantis, E., Barnes, E. y Singh, M. (2006). Efficacy of exercise for treating overweight in children and adolescents: A systematic review. *International Journal of Obesity*, 30(7), 1027-1040.

Aztarain, F. y De Luis, M. (1994). Sesenta minutos a la semana para la salud. *Archivos de Medicina del Deporte*, 11(41), 49-54.

B

Babiss, L.A. y Gangwish, J.E. (2009). Sports participation as a protective factor against depression and suicidal ideation in adolescents as mediated by self-esteem and social support. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 30(5), 376-384.

Bach, E. y Darder, P. (2002). *Sedúctete para seducir. Vivir y educar las emociones*. Barcelona: Paidós.

Backes, J.S. (1994). Bridging the Gender Gap: Self-Concept in the Middle Grades. *Schools in the middle*, 3, 19-23.

Bakan, D. (1972). Stimulus/Response-Psychology Can Now Kick Science Habit. *Psychology Today*, 5(10), 26.

Balaguer, I. y Pastor, Y. (2001). Un estudio acerca de la relación entre el autoconcepto y los estilos de vida en la adolescencia media. *Psicología Online*. Obtenido el 6 de Octubre de 2006 desde <http://www.psicologia-online.com>.

Bandura, A. (1969). Social-learning theory of identificatory processes. *Handbook of socialization theory and research*, (213-262). Chicago: Rand McNally.

Baptista, M. N. (2004). Psicoterapias cognitivo-comportamental e cognitiva: aspectos teóricos e terapêuticos no manejo da depressão e suicídio. En M. N. Baptista (Org.), *Suicídio e depressão: atualizações* (pp. 161-176). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.

Baptista, N. y Oliveira, A. (2004). Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 3(14), 58-67.

- Barca, A., Peralbo, M., Porto, A., Marcos, J.L. y Brenlla, J.C. (2011). Metas académicas del alumnado de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y Bachillerato con alto y bajo rendimiento escolar. *Revista de Educación*, 354, 341-368.
- Barrett, P. M., Webster, H. M. y Wallis, J. R. (1999). Adolescent self-esteem and cognitive skills training: A school-based intervention. *Journal of Child and Family Studies*, 8(2), 217-227.
- Barrios, A. (2005). Autoconcepto y características familiares de niños resilientes con discapacidad. El caso de una población del Caribe colombiano. *Investigación y Desarrollo*, 1(5), 108-127.
- Bellón, J., Delgado, A., Luna, J. y Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-Familiar. *Revista de Atención Primaria*, 186, 289-296.
- Beltrán, V.J., Devís, J. y Peiró, C. (2012). Actividad física en adolescentes de la comunidad valenciana. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 12(45), 123-137.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107, 238-246.
- Berger, G. y Berger, P. (1983). *The war over the family: Capturing the middle Ground*. New York: Anchor Books.
- Bernal, I. R. (2006). Influencia de la autoestima en la mejora de la resistencia en adolescentes. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 6(23), 131-137.
- Berndt, T. y Burgy, L. (1996). Social self-concept. En B. A. Bracken (Ed.), *Handbook of self-concept* (pp. 171- 209). New York: John Wiley.
- Berrocal, P. F. y Pacheco, N. E. (2006). Emotional intelligence: A theoretical and empirical review of its first 15 years of history. *Psicothema*, 18(1), 7-12.
- Biddle, S. y Fox, K. (1998). Motivation for physical activity and weight management. *International journal of obesity and related metabolic disorders*, 22 (2), 39-47.
- Bilsker, D. y Marcia, J. (1991). Adaptive regression and ego identity. *Journal of Adolescence*, 14(1), 75-84.
- Bisquerra, R. (2000). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona: CISSPRAXIS.
- Boersma, F., y Chapman, J. (1985). *Manual of the Student's Perception of Ability Scale*. Edmonton, Canada: University.
- Bollen, K.A. (1989). *Structural Equations with Latent Variables*. New York: John

Wiley y Sons, Inc.

- Borine, B. (2009). *Escala de Depressão (EDEP) e Bateria fatorial da personalidade: Evidências de Validade*. Tesis de Maestría: Universidade São Francisco
- Bracken, B. (1992). *The Multidimensional Self Concept Scale*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Bray, G. A., Nielsen, S. J. y Popkin, B. M. (2004). Consumption of high-fructose corn syrup in beverages may play a role in the epidemic of obesity. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 79(4), 537-543.
- Brookover, M., Thomas, S. y Patterson, A. (1964). Self-concept of ability and school achievement. *Sociology of Education*, 37, 271-278.
- Browne, M. W. y Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. En: K. A. Bollen y J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Beverly Hills, CA: Sage.
- Buchanan, C. M. (1991). Pubertal development, assessment of. En R. M. Lerner; A. C. Petersen y J. Brooks-Gunn (Eds.), *Encyclopedia of adolescence* (875-883). New York: Garland publishing.
- Buelga, S. y Pons, J. (2004). Alcohol y adolescencia: ¿Cuál es el papel de la familia?. *Encuentros en Psicología Social*, 2(1), 39-43.
- Buelga, S., Musitu, G. y Murgui, S. (2009). Relaciones entre la reputación social y la agresión relacional en la adolescencia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 127-141.
- Bullock, M. y Lutkenhaus, M. (1988). The development of volitional behaviour in the toddler years. *Child Development*, 59, 664-674.
- Burns, R. B. (1979). *The self-concept. Theory, measurement, development and behavior*. Logman: London.
- Burns, R.B. (1990). *El autoconepito. Teoría, medición, desarrollo y comportamiento*. Bilbao: EGA.
- Byrne, B. M. y Shavelson, R. J. (1996). On the structure of social self-concept for pre-, early and late adolescents: A test of the Shavelson, Hubner y Staton. model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 599-613.
- Byrne, B. y Gavin, D. (1996). The Shavelson model revisited: Testing for the structure of academic self-concept across pre-, early, and late adolescents. *Journal of Educational Psychology*, 88(2), 215-228.

C

- Caballero, A. (2013). *Diseño, aplicación y evaluación de un programa de intervención en control emocional y resolución de problemas matemáticos para maestros en formación inicial*. Tesis Doctoral: Universidad de Extremadura.
- Calero, J., Choi, A. y Waisgrais, S. (2010). Determinantes del riesgo de fracaso escolar en España: una aproximación a través de un análisis logístico multinivel aplicado a PISA-2006. *Revista de Educación*, 225-256.
- Calvo, A. J., González, R. y Martorell, M. C. (2001). Variables relacionadas con la conducta prosocial en la infancia y adolescencia: personalidad, autoconcepto y género. *Infancia y aprendizaje*, 24(1), 95-111.
- 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), 61-77.
- Cantallops, J., Ponseti, F., Vidal, J., Borrás, P. y Palou, P. (2012). Adolescencia, sedentarismo y sobrepeso: análisis en función de variables sociopersonales de los padres y del tipo de deporte practicado por los hijos. *Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 21, 5-8.
- Cañedo, R., Mendoza, M. D., Salomé, B. O. y Juárez, O. (2015). Calidad de vida y medio ambiente: residuos sólidos y bienestar en tres escuelas de la cuenca alta del río la sabana, Acapulco, Guerrero, México. *Población y Salud en Mesoamérica*, 12(2), 1-27.
- Capdevila, J. A. (2013). El catéter periférico: El gran olvidado de la infección nosocomial. *Revista Española de Quimioterapia*, 26(1), 1-5.
- Carballo, J.L., Marín, M., Jáuregui, V., García, G., Espada, J., Orgilés, M., y Piqueras, J.A. (2013). Consumo excesivo de alcohol y rendimiento cognitivo en estudiantes de secundaria de la provincia de Alicante. *Health and addictions. Salud y drogas*, 13(2), 157-163.
- Carmona, C., Sánchez, P. y Bakieva, M. (2011). Actividades extraescolares y rendimiento académico: diferencias en autoconcepto y género. *Revista de Investigación Educativa*, 29 (2), 447-465.

- Carrasco, A., Barriga, S. y León J.M. (2004). Consumo de alcohol y factores relacionados con el contexto escolar en adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(1), 125-144.
- Carretero-Dios, H. y Pérez, C. (2007). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales: consideración sobre la selección de test en la investigación psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 863-882.
- Carrillo, M. (2009). *La familia, la autoestima y el fracaso escolar del adolescente*. Tesis Doctoral: Universidad de Granada.
- Carroll, J.J. y Steward, M. S. (1984). The role of cognitive development in children's understandings of their own feelings. *Child Development*, 1486-1492.
- Carvalho, I.M. y Almeida, P.H. (2003). Família e proteção social. *São Paulo em Perspectiva*, 17(2), 109-122.
- Casado, G. (2001). *Estudio sobre la inactividad física como factor de riesgo cardiovascular en niños: relación con la capacidad aeróbica mediante test de laboratorio y de campo*. Tesis Doctoral: Universidad de Granada.
- Case, R. (1992). The role of the frontal lobes in the regulation of cognitive development. *Brain and cognition*, 20(1), 51-73.
- Casimiro, A. (1999). *Comparación, evolución y relación de hábitos saludables y nivel de condición física-salud en escolares, entre final de educación primaria (12 años) y final de educación secundaria obligatoria (16 años)*. Tesis Doctoral: Universidad de Granada.
- Castejón, J. L. y Pérez, A. M. (1998). Un modelo casual-explicativo sobre la influencia de las variables psicosociales en el rendimiento académico. *Bordón: Revista de Orientación Pedagógica*, 50(2), 171-185.
- Castillo, B. (2008). Ansiedad, Depresión y Calidad de Vida en el paciente obeso. *Acta Medica Grupo Ángeles*, 4, 147-153.
- Castro, R. (2013). *Diferencias de personalidad, autoconcepto, ansiedad y trastornos de alimentación en deportistas de musculación: patrones psicológicos asociados a la vigorexia*. Tesis Doctoral: Universidad de Jaén.
- Castro, R., Campero, L. y Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Pública*, 31(4), 425-435.

- Cava, M.J. y Musitu, G. (1999). Evaluación de un programa de intervención para la potenciación de la autoestima. *Intervención Psicosocial*, 8(3), 369-383.
- Cava, M.J., Murgui, S. y Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema*, 20(3), 389-395.
- Cavill, N.A., Biddle, S.J. y Sallis, J.F. (2001). Health enhancing physical activity for young people: statement of the UK expert consensus conference. *Pediatric Exercise Science*, 13(1), 12-25.
- Cerrato, S.M., Sallent, S.B., Aznar, F.C., Pérez, E.G., y Carrasco, M.G. (2011). Análisis psicométrico de la escala multidimensional del autoconcepto AF5 en una muestra de adolescentes y adultos de Cataluña. *Psicothema*, 23, 871-878.
- Choquet, M. (2010). Los jóvenes europeos y el alcohol: nuevos resultados. *Hablemos de alcohol: Por un nuevo paradigma en el beber adolescente*. Madrid: Entimema.
- Cid-Monckton, P. y Pedrão, L.G. (2011). Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 19, 738-745.
- Clark, P. C. y Dunbar, S. B. (2003). Preliminary reliability and validity of a family care climate questionnaire for heart failure. *Families, systems y Health*, 21(2), 281-291.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Coleman, J. C. y Hendry, L. B. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata.
- Combs, A. W., Blume, R. A., Newman, A. J. y Wass, H. L. (1974). *The professional education of teachers: A humanistic approach to teacher preparation*. Boston: Allyn y Bacon.
- 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. *Revista de Psicología del Deporte*, 19(1), 22-39.
- Cooley, C. H. (1902). *Human nature and the social order*. New York: Scibners.
- Cooley, C. H. (1922). *Human nature and the social order*. New York: Scibners.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman.
- Coopersmith, S. (1977). *Self-concept: Its origin and its development in infancy*. Trabajo presentado en el Encuentro Anual de la American Psychological Association, San Francisco.

- Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: McGraw-Hill.
- Córdoba, R., Camaralles, F., Muñoz, E., Gómez, J., Díaz, D., Ramírez, J.I., López, A. y Cabezas, C. (2014). Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Atención Primaria*, 46(4), 16-23.
- Córdoba, D., Carmona, M., Terán, O. E. y Márquez, O. (2013). Relación del estilo de vida y estado de nutrición en estudiantes universitarios: estudio descriptivo de corte transversal. *Medwave*, 13(11) e5864.
- Córdoba, L.G., García, V., Luengo, L.M., Vizuet, M. y Feu, S. (2012). Cómo influyen la trayectoria académica y los hábitos relacionados con el entorno escolar en el rendimiento académico en la asignatura de educación física. *Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 21, 9-13.
- Cortés, M.T., Espejo, B. y Giménez, J.A. (2008). Aspectos cognitivos relacionados con la práctica del botellón. *Psicothema*, 20 (3), 396-402.
- Cortés, M.T., Espejo, B., Giménez, J.A., Luque, L., Gómez, R. y Motos, P. (2011). Creencias asociadas al consumo intensivo de alcohol entre adolescentes. *Health and Addictions: Salud y Drogas*, 11(2), 179-202.
- Coss, D. (2007). Concepto de cultura en las ciencias sociales. *Tendencias: Revista de estudios internacionales*, 4, 126-131.
- Costa, S. y Tabernero, C. (2012). Rendimiento académico y autoconcepto en estudiantes de educación secundaria obligatoria según el género. *Revista iberoamericana de psicología y salud*, 3(2), 175-193.
- Costa, S. y Urbieta, M. D. (2012). Rendimiento académico y autoconcepto en estudiantes de educación secundaria obligatoria según el género. *Revista iberoamericana de psicología y salud*, 3(2), 175-193.
- Covington, M. V. (1983). Motivated cognitions. En S. G. Paris, G. M. Olson y H. W. Stevenson (Eds.), *Learning and motivation in the classroom* (pp.139-164). Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum.
- Cox, R. H. (2009). *Psicología del Deporte: conceptos y sus aplicaciones*. Madrid: Panamericana.

D

- Damon, V. y Hart, D. (1982). The development of self-understanding from infancy through adolescence. *Child development*, 53, 841-864.
- Damon, V. y Hart, D. (1988). *Self-understanding in childhood and adolescence*. New York: Cambridge University Press.
- De Oñate, M. P. (1989). El autoconcepto. *Formación, medida e implicaciones en la personalidad*. Madrid, Ediciones Narcea, S.A.
- De Tejada, M. (2010). Evaluación de la autoestima en un grupo de escolares de la Gran Caracas. *Liberabit*, 16(1), 95-103.
- Dekovic, M. y Meeus, W. (1997). Peer relations in adolescence: effects of parenting and adolescents' self-concept. *Journal of Adolescence*, 20(2), 163-176.
- Del Álamo, L. y Gómez, J. C. (2005). *Impacto de un taller de mediación para formar mediadores educativos para la resolución de conflictos interpersonales en contextos de educación secundaria obligatoria*. Proyecto de innovación 2004-2005. IES Zorrilla, Valladolid-España.
- Del Amo, A., Criado del Pozo, M. J. y Martín, J. L. (1998). Influencias de la estructura familiar en el desarrollo del niño. Comunicación presentada en el VIII Congreso de INFAD. *Intervención psicológica en la adolescencia* (Vol. I, pp. 109-117). Navarra: Universidad Pública de Navarra.
- Del Val, J. (1994). *El desarrollo Humano*. Madrid: Siglo XXI.
- Delgado, M. y Tercedor, P. (2002). *Estrategias de intervención en educación para la salud desde la Educación Física*. Barcelona: INDE.
- Dennis, R., Willinams, W., Giangreco, M. y Cloninger, C. (1994). Calidad de vida como contexto para la planificación y evaluación de servicios para personas con discapacidad. *Sin Cero*, 25(155), 5-18.
- Dieppa, M., Guillén, F., Machargo, J. y Luján, I. (2008). Autoconcepto general y físico en jóvenes españoles y brasileños que practican actividad física versus no practicantes. *Revista de Psicología del Deporte*, 17(2), 221-239.
- Dishman, R.K., Hales, D.P., Pfeiffer, K.A., Felton, G., Saunders, R., Ward, D.S. y Pate, R.R. (2006). Physical self-concept and self-esteem mediate cross-sectional

relations of physical activity and sport participation with depression symptoms among adolescent girls. *Health Psychology*, 25(3), 396-407.

Donaldson, S. K. y Westerman, M. A. (1986). Development of children's understanding of ambivalence and causal theories of emotions. *Developmental Psychology*, 22(5), 655-662.

Downey, D. B. y Boughton, H. R. (2007). Childhood body mass index gain during the summer versus during the school year. *New Directions for Youth Development*, 114, 33-43.

Duke-Duncan, P., Ritter, P. L., Dornbusch, S. M., Gross, R. T. y Carlsmith, J. M. (1985). The effects of pubertal timing on body image, school behavior, and deviance. *Journal of Youth and Adolescence*, 14, 227-235.

E

Echeburúa, E. y Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: *Un nuevo reto. Adicciones*, 22, 91-96.

Echevarría, A. y López-Zafra, E. (2011). Pigmalión, ¿sigue vivo? Inteligencia Emocional y la percepción del profesorado de alumnos de ESO. *Boletín de Psicología*, 102, 7-22.

Eichorn, D. H. (1975). Asynchronizations in adolescent development. En S. E. Dragastin, y G. H. Elder Jr (Eds.), *Adolescence in the life cycle: Psychological change ad social context* (pp. 81-96). Washington, DC: Hemisphere.

Eisenmann, J. C., Bartee, R. T., Smith, D. T., Welk, G. J., y Fu, Q. (2008). Combined influence of physical activity and television viewing on the risk of overweight in US youth. *International Journal of Obesity*, 32(4), 613-618.

Elexpuru, I., Garma, A., Marroquín, M. y Villa, A. (1992). *Autoconcepto y Educación. Teoría, medida y práctica pedagógica*. Bilbao: Gobierno Vasco.

Elzo, J. (2010). *¿Hay un modelo mediterráneo de consumo de alcohol? Hablemos de alcohol* Madrid: Entinema.

Elzo, J., Amatria, M., González de Audicana, M., Echeburua, E. y Ayestarán, S. (1987). *Drogas y escuela III*. San Sebastián: Escuela Universitaria de Trabajo Social.

- Epstein, S. (1973). The self-concept revisited or a theory of a theory. *American Psychologist*, 28, 404-416.
- Epstein, S. (1981). The unity principle versus the reality and pleasure principles, or the tale of the scorpion and the frog. En M.D. Lynch, A.A. Norem-Ebeisen y K. Gergen (Eds.), *Self-concept: Advances in theory and reserch* (pp82-110). Cambridge, M.A: Ballinger.
- Erikson, E. H. (1959). Identity and the life cycle: Selected papers. *Psychological*, 1, 18-164.
- Escartí, A. y Cervelló, E. (1994). La motivación en el deporte. *Entrenamiento psicológico en deporte: Principios y aplicaciones*. Valencia: Albatros Educación.
- Esnaola, I. (2005). Autoconcepto físico y satisfacción corporal en mujeres adolescentes según el deporte practicado. *Apunts: Educación Física y Deportes*, 80, 5-12.
- Esnaola, I. (2005). *Elaboración y validación del cuestionario Autokontzeptu Fisikoaren Itaunketa (AFI) de autoconcepto físico*. Tesis Doctoral: Universidad del País Vasco.
- Esnaola, I., Goñi, A. y Madariaga, J. M. (2008). El autoconcepto: perspectivas de investigación. *Revista de Psicodidáctica*, 13(1), 179-194.
- Esnaola, I., Rodríguez, A. y Goñi, E. (2011). Propiedades psicométricas del cuestionario de Autoconcepto AF5. *Anales de Psicología*, 27(1), 109-117.
- Esteve, J. V. (2005). Estilos parentales, clima familiar y autoestima física en adolescentes. Tesis doctoral: Universidad de Valencia.
- Estévez, E., Herrero, J., Martínez, B. y Musitu, G. (2006). Agressive and non-agressive rejected: an analysis of their differences. *Psychology in the Schools*, 43, 387-400.
- Estévez, E., Martínez, B. y Musitu, G. (2006). La autoestima en adolescentes agresores y victimas en la escuela: la perspectiva multidimensional. *Intervención Psicosocial*, 15, 223-232.
- Estévez, J.V., Musitu, G. y Lila, M. (2005). Autoconcepto físico y motivación deportiva en chicos y chicas adolescentes. La influencia de la familia y de los iguales. *Escritos de Psicología*, 7, 82-90.
- Estévez, M. (2012). *Relación entre la insatisfacción con la imagen corporal, autoestima, autoconcepto físico y la composición corporal en el alumnado en el segundo ciclo de educación secundaria de la ciudad de Alicante*. Tesis Doctoral: Universidad de Granada.

Extremera, N., Fernández-Berrocal, P. y Salovey, P. (2006): Spanish Version of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) Versión 2.0: reliabilities, age and Gender Differences. *Psicothema*, 18, 42-48.

F

Fariña, F., García, P. y Vilariño, M. (2010). Autoconcepto y procesos de atribución: estudio de los efectos de protección/riesgo frente al comportamiento antisocial y delictivo, en la reincidencia delictiva y en el tramo de responsabilidad penal de los menores. *Revista de Investigación en Educación*, 7, 113-121.

Felson, R. B. y Zielinski, M. A. (1989). Children's self-esteem and Parental Support. *Journal of Marriage and the Family*, 51, 727-735.

Fernández, A. (2010). *El autoconcepto social en la adolescencia y juventud: dimensiones, medida y relaciones*. Tesis Doctoral: Universidad del País Vasco.

Fernández, A. y Rodríguez, A. (2007). Autoconcepto: Social, físico y general. *INFAD. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 217-228.

Fernández, J.G., Contreras, O., García, L.M., y González, S. (2010). Autoconcepto físico según la actividad físico-deportiva realizada y la motivación hacia esta. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(2), 251-263.

Fernández, G., Contreras, R., González, I. y Abellán, J. (2011). El autoconcepto físico en Educación Secundaria. Diferencias en función del género y la edad. *Revista Galego-Portuguesa de Psicoloxía e Educación*, 19(1), 99-212.

Fernández, J.M. (2012). *La actividad física en los jóvenes de Santiago de Compostela*. Tesis Doctoral: Universidad de Santiago de Compostela.

Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., Extremera, N. y Pizarro, D. (2006). The Role of Emotional Intelligence in Anxiety and Depression Among Adolescents. *Individual Differences Research*, 4(1), 16-27.

Fernández-Berrocal, P., Alcalde, R. y Ramos, N. (1999): The influence of emotion intelligence on the emotional adjustment in high-school students. *Bulletin of Kharkov State University*, 439(1-2), 119-123.

- Fierro, A. (1991). Autoestima en adolescentes. Estudios sobre su estabilidad y sus determinantes. *Estudios de Psicología*, 12(45), 85-107.
- Fierro, A. (1998). Desarrollo social y de la personalidad en la adolescencia. En M. Carretero, J. Palacios y A. Marchesi (Eds.), *Psicología Evolutiva. Adolescencia, madurez y senectud* (Vol. 3, pp. 95-138). Madrid: Alianza Editorial.
- Finkelstein, J. W. (1980). The endocrinology of adolescence. *Clínicas Pediátricas de América del Norte*, 27,53-69.
- Fischer, K. W. (1980). A theory of cognitive development: The control and construction of hierarchies of skills. *Psychological Review*, 87(6), 477.
- Fitts, W. (1965). *Tennessee Self Concept Scale. Manual*. Nashville, TN: Counsellor Recording and Test.
- Fitts, W. H. (1972). *Manual Tennessee Self-Concept Scale*. Tennessee: Nashville.
- Flavell, J. H. (1999). Cognitive development: Children's knowledge about the mind. *Annual review of psychology*, 50(1), 21-45.
- Flavell, J.H., Miller, P.H. y Miller, S.A. (2002). *Cognitive development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Fleming, J.S. y Courtney, B.E. (1984). The dimensionality of self-esteem: Hierarchical facet model for revised measurement scales. *Journal of Personality and social psychology*, 46(2), 404-421.
- Flores, G., Ruiz, F. y García, M. E. (2009). Relación de algunos correlatos biológicos y demográficos con la práctica físico-deportiva en estudiantes universitarios. El caso de la Universidad de Guadalajara, México. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 14(5), 59-80.
- Fox, K. R. (1988). The self-esteem complex and youth fitness. *Quest*, 40, 230-246.
- Fox, K. R. y Corbin, C. B. (1989). The Physical Self-Perception Profile: Development and preliminary validation. *Journal of Sports and Exercise Psychology*, 11, 408-430.
- Franco, C. (2008). Programa de relajación y de mejora de autoestima en docentes de educación infantil y su relación con la creatividad de sus alumnos. *Revista Iberoamericana de Educación*, 45(1), 1-8.
- Franzoi, S. L. y Shields, S. A. (1984). The Body Esteem Scale: Multidimensional structure and sex differences in a college population. *Journal of Personality Assessment*, 48(2), 173-178.

- Fredricks, J. A. y Eccles, J. S. (2004). *Parental Influences on Youth Involvement in Sports*. Morgantown, WV: M. Weiss.
- Fregoso, O.A., López, J., Navarro, G. y Valadez, M.D. (2013). Habilidades emocionales en estudiantes de educación secundaria. *Uaricha*, 10(23), 89-1-2.
- Fresno, C. (2007). Sobre la necesidad de una alfabetización digital y en información en una sociedad globalizada. *Acimed*, 15(4), 1-5.
- Freud, A. (1946). *The psycho-analytical treatment of children*. Oxford: Imago Publishing.
- Freud, S. (1923). Neurosis and Psychosis. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIX (1923–1925): The Ego and the Id and Other Works*, 147-154.
- Frey, K. S. y Ruble, D. N. (1985). What children say when the teacher is not around: Conflicting goals in social comparison and performance assessment in the classroom. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(3), 550-562.
- Frydenberg, E. (1997). *Adolescent Coping*. London: Routledge.
- Fuentes-Justicia, E. (2011). *Adquisición y mantenimiento de hábitos de vida saludables en los escolares de primer ciclo de educación secundaria obligatoria de Jerez de la Frontera*. Tesis Doctoral: Universidad de Granada.
- Fuentes, M. C., García, F., Gracia, E. y Lila, M. (2011). Autoconcepto y ajuste psicosocial en la adolescencia. *Psicothema*, 23, 7-12.
- Fuentes, P. A. (2014). *Estado de salud percibido, autoconcepto físico y metas personales en mujeres físicamente activas*. Tesis Doctoral: Universidad de Extremadura.

G

- Gabelko, N. H. (1997). *Age and gender differences in global, academic, social, and athletic self-concepts in academically talented students*. Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association: Chicago.
- Galarza, A.J. (2013). Niveles de autoestima y su relación con estrategias de afrontamiento al estrés con estudiantes de primer año de bachillerato de los centros educativos fiscales de la parroquia Celiano Monge del Cantón Ambaro durante el año lectivo 2012-2013. Ambato-Ecuador. *Universidad de Ambato*.

- Galicia-Moyeda, I., Sánchez-Velasco, A. y Robles-Ojeda, F. (2013). Autoeficacia en escolares adolescentes: su relación con la depresión, el rendimiento académico y las relaciones familiares. *Anales de Psicología*, 29(2), 491-500.
- Garaigordobil, M. (2000). *Intervención psicológica con adolescentes. Un programa para el desarrollo de la personalidad y la educación en derechos humanos*. Madrid: Pirámide.
- Garaigordobil, M. (2001). Intervención con adolescentes: impacto de un programa en la asertividad y en las estrategias cognitivas de afrontamiento de situaciones sociales. *Psicología Conductual*, 9(2), 221-246.
- Garaigordobil, M. (2005). *Diseño y evaluación de un programa de intervención socioemocional para promover la conducta prosocial y prevenir la violencia* (Vol. 160). Ministerio de Educación.
- Garaigordobil, M. (2012). Intervención con adolescentes: Una propuesta para fomentar el desarrollo socioemocional e inhibir la conducta violenta. *RASE: Revista de la Asociación de Sociología de la Educación*, 5(2).
- Garaigordobil, M. y Durá, A. (2006). Relaciones del autoconcepto y la autoestima con sociabilidad, estabilidad emocional y responsabilidad en adolescentes de 14 a 17 años. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32(141), 37-64.
- Garaigordobil, M., Aliri, J., Martínez-Valderrey, V., Maganto, C., Bermaras, E. y Jaureguizar, J. (2013). Conducta antisocial: conexión con emociones positivas y variables predictoras. *Apuntes de Psicología*, 31, 123-133.
- Garaigordobil, M., Cruz, S. y Pérez, J. I. (2003). Análisis correlacional y predictivo del autoconcepto con otros factores conductuales, cognitivos y emocionales de la personalidad durante la adolescencia. *Estudios de Psicología*, 24(1), 113-134.
- Garaigordobil, M., Durá, A. y Pérez, J. (2005). Síntomas psicopatológicos, problemas de conducta y autoconcepto-autoestima: Un estudio con adolescentes de 14 a 17 años. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 53-63.
- García, M. (2001). *Los españoles y el deporte: prácticas y comportamientos en la última década del siglo XX. Un análisis sociológico*. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, CSD, Madrid.
- García, E. (2003). *Organización, calidad y diversidad*. Madrid: La Muralla.
- García, M. (2006). Veinticinco años de análisis del comportamiento deportivo de la población española (1980-2005). *Revista Internacional de Sociología*, 64(44), 15-38.

- García, F. y Doménech, F. (2002). Motivación, aprendizaje y rendimiento escolar. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 1.
- García, F. y Musitu, G. (1999). *AF5: Autoconcepto Forma 5*. Madrid: TEA Ediciones.
- García, F. y Musitu, G. (2001). *Autoconcepto Forma 5. AF5. Manual*. Madrid: TEA.
- García, F. y Musitu, G. (2009). *Manual del AF5. Autoconcepto Forma 5*. Madrid: TEA Ediciones S.A.
- García, F., Gracia, E. y Zeleznova, A. (2013). Validation of the English version of the Five-Factor Self-Concept Questionnaire. *Psicothema* 25(4), 549-555.
- García-Caneiro, R. (2003). Autoconcepto académico y percepción familiar. *Revista Galego-Portuguesa de Psicoloxía e Educación*, 7(8), 359-374.
- García-Sánchez, A., Burgueño-Menjíbar, R., López-Blanco, D. y Ortega, F.B. (2013). Condición física, adiposidad y autoconcepto en adolescentes. Estudio Piloto. *Revista de Psicología del Deporte*, 22(2), 453-461.
- Garnefski, N., Teerds, J. Kraaij, V., Legerstee, T. y Van Den Kommer, T. (2004): Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: differences between males and females. *Personality and Individual Differences*, 36, 267-276.
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Rockert, W. y Olmsted, M. P. (1987). A prospective study of eating disturbances in the ballet. *Psychotherapy and psychosomatics*, 48(14), 170-175.
- Gelles, R.J. (1995). *Contemporary families. A sociological view*. California: Sage.
- Generelo, E. (1996). *Seguimiento del compromiso fisiológico en una clase de deporte educativo en las primeras edades de Educación Primaria*. Tesis Doctoral: Universidad de Zaragoza.
- Giddens, A. (1991). *Sociología*. Madrid: Alianza.
- Gil, J. (2013). Medición del nivel socioeconómico familiar en el alumnado de Educación Primaria. *Revista de Educación*, 362, 298-322.
- Giró, J. (2007). *Adolescentes, ocio y consumo de alcohol*. Madrid: Entinema.
- Goleman, D. (1996). *La inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- Goleman, D. (2008). *Destructive emotions: A scientific dialogue with the Dalai Lama*. New York: Random House LLC.
- Gómez, C. G., Barrueco, F. M., Maderuelo, F. A., Aparicio, C. I. y Torrecilla, G. M. (2008). Predictive factors of smoking behaviour in secondary school children. *Anales de Pediatría*, 68, 454-461.

- Gómez, J.A., Fernández, N., Romero, E. y Luengo, A. (2008). El botellón y el consumo de alcohol y otras drogas en la juventud. *Psicothema*, 20(2), 211-217.
- Gómez, D., Pomar, C., Fernández, M. y Rey, P. (2011). Taller USC-ASAC-Galicia para preadolescentes y adolescentes: habilidades sociales a través del cine. *Educación, Aprendizaje y Desarrollo en una Sociedad Multicultural*, 9195-9206.
- González, J. y Portolés, A. (2014). Actividad física extraescolar: relaciones con la motivación educativa, rendimiento académico y conductas asociadas a la salud. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 9(1), 51-65.
- González, M. C. y Tourón, J. (1992). *Autoconcepto y rendimiento escolar. Sus implicaciones en la motivación y en la autorregulación del aprendizaje*. Navarra: EUNSA.
- González, M. D., Leal, D., Segovia, C. y Arancibia, V. (2012). Autoconcepto y talento: Una relación que favorece el logro académico. *Psyche (Santiago)*, 21(1), 37-53.
- González, R., Mendiri, P. y Arias, A. (2014). Una aproximación a las variables predictoras del rendimiento académico en estudiantes de secundaria. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 13(2), 223-235.
- González-Pienda, J. A., Núñez, J. C., Rocés, C., González-Pumariiega, S., González, P., Muñiz, R. y Bernardo, A. (2003). Adaptabilidad y cohesión familiar, implicación parental en conductas autorregulatorias, autoconcepto del estudiante y rendimiento académico. *Psicothema*, 15(3), 471-477.
- González-Pienda, J., Núñez, J. González-Pumariiega, S. y García, M. (1997). Autoconcepto, autoestima y aprendizaje escolar. *Psicothema*, 9(2), 271-289.
- González-Pienda, J.A., Núñez, J.C., González-Pumariiega, S., Álvarez, L., Rocés, C., García, M., González, P., Cabanach, R.G., y Valle, A. (2000). Autoconcepto, proceso de atribución causal y metas académicas en niños con o sin dificultades de aprendizaje. *Psicothema*, 12(4), 548-556.
- Goñi, A., Ruiz de Azúa, S. y Rodríguez, A. (2004). Deporte y autoconcepto físico en la preadolescencia. *Apuntes, Educación Física y Deportes*, 77, 18-24.
- Goñi, A., Ruiz de Azua, S. y Rodríguez, A. (2006). *Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF). Manual*. Madrid: EOS.
- Goñi, E. (2009). El autoconcepto personal: estructura interna, medida y variabilidad. País Vasco. *Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatearen Argitalpen Zerbitzua*.

- Goñi, E. e Infante, G. (2010). Actividad físico-deportiva, autoconcepto físico y satisfacción con la vida. *European Journal of Education and Psychology*, 3(2), 199-208.
- Goñi, E. y Fernández, A. (2007). Los dominios social y personal del autoconcepto. *Revista de Psicodidáctica*, 12(2), 179-194.
- Goñi, E. y Fernández, A. (2008). El autoconcepto. En A. Goni (Ed.), *El autoconcepto físico: Psicología y educación* (pp. 23-58). Madrid: Pirámide.
- Gordillo, M., Vicente, F., Sánchez, S., Gómez, M. y Gordillo, T. (2011). Diferencias en el autoconcepto de adolescentes extremeños en función del género, el nivel socioeconómico-cultural y la población de pertenencia. *Campo Abierto*, 30(2), 65-67.
- Gracia, E. y Herrero, J. (2004). Personal and situational determinants of relationship-specific perceptions of social support. *Social Behavior and Personality*, 32(5), 459-476.
- Gracia, E. y Musitu, G. (2000). *Psicología social de la familia*. Barcelona: Paidós.
- Greenwald, A. (1980). The totalitarian ego: Fabrication and revision of personal history. *American Psychologist*, 35(7), 603-618.
- Griffin, N., Chassin, L. y Young, R. D. (1981). Measurement of global self-concept versus multiple role-specific self-concepts in adolescents. *Adolescence*, 16(61), 49-56.
- Grimaldo, M.P. (2012). Estilo de vida saludable en estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud. *Psicología y Salud*, 22(1), 75-87.
- Guerra, S., Teixeira-Pinto, A., Ribeiro, J. C., Ascensao, A., Magalhaes, J., Andersen, L. B., Duarte, J.A. y Mota, J. (2006). Relationship between physical activity and obesity in children and adolescents. *The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 46(1), 79-83.
- Guido, P., Mújica, A. y Gutiérrez, R. (2011). Diferencias en el autoconcepto por sexo en la adolescencia: construcción y validación de un instrumento, *Liberabit*, 17(2), 139-146.
- Güil, R. y Gil-Olarte, P. (2007). Inteligencia Emocional y educación: desarrollo de competencias socioemocionales. En Maestre y Fernández-Berrocal (coords), *Manual de Inteligencia emocional* (pp. 189-209). Madrid: Pirámide.
- Guillén, F. y Ramírez, M. (2011). Relación entre el autoconcepto y la condición física en alumnos de Tercer Ciclo de Primaria. *Revista de Psicología del Deporte*, 20(1),

45-59.

Gutiérrez, M. y Escartí, A. (2006). Influencia de padres y profesores sobre las orientaciones de meta de los adolescentes y su motivación intrínseca en Educación Física. *Revista de Psicología del Deporte*, 15(1), 23-35.

Gutiérrez, M., y Clemente, A. (1993). Autoconcepto y conducta prosocial en la adolescencia temprana: bases para la intervención. *Revista de Psicología de la Educación*, 4(11), 39-48.

Gutiérrez, P., Camacho, N., Martínez, M. y Martínez, M. (2007). Autoestima, funcionalidad familiar y rendimiento escolar en adolescentes. *Atención Primaria*, 39(11), 597-601.

Gutiérrez-Sanmartín, M. (2000). Actividad física, estilos de vida y calidad de vida. *Revista Educación Física: renovación de teoría y práctica*, 79, 51-53.

H

Haeussler, I., y Milicic, N. (1996). *Confiar en uno mismo: programa de autoestima*. Chile: Dolmen Educación.

Hall, G. S. (1904). *Adolescence, its Psychology and its relations to Psychology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion and Education*. Nueva York: Appleton.

Haltiwanger, J. (1989). Behavioral Referents of Presented Self-Esteem in Young Children. Paper presented at the meeting of the society for research in child development, Kansas City, MO.

Hansford, B. C. y Hattie, J. (1982). The relationship between self and achievement/Performance measures. *Review of Educational Research*, 52(1), 123-142.

Harter, S. (1982). The Perceived Competence Scale for Children. *Child Development*, 53(1), 87-97.

Harter, S. (1985). *Manual for the Self-Perception Profile for Children*. (Revision of the Perceived Competence Scale for Children). Denver, C.O.: University.

- Harter, S. (1993). Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents. New York: Springer.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self*. New York: Guilford Press.
- Harter, S. (2006). The development of self-esteem. *Self-esteem issues and answers: A sourcebook of current perspectives*, 144-150.
- Harter, S. y Buddin, B. J. (1987). Children's understanding of the simultaneity of two emotions: A five-stage developmental acquisition sequence. *Developmental psychology*, 23(3), 388-399.
- Harter, S. y Pike, R. (1984). The Pictorial Scale of Perceived Competence and Social Acceptance for young children. *Child Development*, 55, 1969-1982.
- Harter, S., Waters, P. y Whitesell, N. R. (1998). Relational Self-Worth: Differences in Perceived Worth as a Person across Interpersonal Contexts among Adolescents. *Child development*, 69(3), 756-766.
- Havighurst, R. J. (1972). *Developmental task and education*. Nueva York: Mc Kay.
- Heatherton, T., Kozlowski, L., Frecker R. y Fagerström, K.O. (1991). The Fagerström Test of Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86(9), 1119-1127.
- Hellín, M. G. (2007). *Motivación, autoconcepto físico, disciplina y orientación disposicional en estudiantes de Educación Física*. Tesis Doctoral: Universidad de Murcia.
- Helmreich, R., Stapp, J. y Ervin, C. (1974). The Texas Social Behavior Inventory (TSBI): An objective measure of self-esteem or social competence. *Journal Supplement Abstract Service Catalogue of Selected Documents in Psychology*, 4(79), 13-26.
- Henderson, J., Hall, M. y Lipton, H. (1980). *Changing self-destructive behaviors*. En *Health Psychology: A Handbook*, (141-160). San Francisco: Jossey Bass.
- Henríquez, C. (2009). Mortalidad atribuible a inactividad física en Santiago de Chile. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 9(34), 105-113.
- Henry, K., Slater, M., y Oetting, E. (2005). Alcohol Use in Early Adolescence: The Effect of Changes in Risk Taking, Perceived Harm and Friends' Alcohol Use. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 66, 275-283.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, L. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

- Herrera, F., Ramírez, M. I., Roa, J. M. y Herrera, I. (2004). Tratamiento de las creencias motivacionales en contextos educativos pluriculturales. *Revista Iberoamericana de Educación*, 37, 2-9.
- Hilgard, E. R. (1949). Human motives and the concept of self. *American psychologist*, 4, 374-382.
- Hill, W. G. y Donatelle, R. J. (2005). The impact of gender role conflict on multidimensional social support in older men. *International Journal of Men's Health*, 4(3), 267-276.
- Hoare, C. H. (1991). Psychosocial identity development and cultural others. *Journal of Counseling & Development*, 70(1), 45-53.
- Hoogeveen, L., Van Hell, J. y Verhoeven, L. (2009). Self-Concept and Social Status of Accelerated and Nonaccelerated Students in the first 2 years of secondary School in the Netherlands. *The Gifted Child Quarterly*, 53(1), 50-67.
- Hopkins, D. (1982). Juego de enemigos. *Allpanchis*, 20(17), 167-187.
- Hu, L.T. y Bentler, P.M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3, 424-453.
- Humphrey, N., Curran, A., Morris, E., Farrel, P. y Woods, K. (2007): Emotional intelligence and Education: A critical review. *Educational Psychology*, 27(2), 235-254.

I

- Infante, G. (2009). *La actividad física y el autoconcepto físico en la edad adulta*. Tesis Doctoral: Universidad del País Vasco.
- Infante, L., De la Morena, L., García, B., Sánchez, A., Hierrezuelo, L. y Muñoz, A. (2002). Un estudio sobre el autoconcepto social en estudiantes de E.S.O.: Diferencias de género. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 5(3), 1-7.
- Inglés, C. J., Torregrosa, M. S., Rodríguez, J., García, J. A., Gázquez, J. J., García, J. M. y Delgado, B. (2013). Alcohol and tobacco use and cognitive-motivational

variables in school settings: Effects on academia performance in Spanish adolescents. *Adicciones*, 25(1), 63-70.

Inglés, C., Martínez, A., García, J. M., Torregrosa, M. y Ruiz, C. (2012). La conducta prosocial y el autoconcepto de estudiantes españoles de Educación Secundaria Obligatoria. *Revista de Psicodidáctica*, 17(1), 135-157.

Inhelder, B. y Piaget, J. (1955). *De la logique de l'enfant à la logique de l'adolescence*. París, P.U.F. Traducido al Castellano M. T. Cevasco: *De la lógica del niño a la lógica del adolescente*. Buenos Aires: Paidós.

J

James, A. y Javaloyes, A. (2001). Trastornos psicosociales y psicopatología en la adolescencia. En C. Saldaña (Dir.), *Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente* (pp.161-178). Madrid: Pirámide.

James, W. (1890). *The principles of psychology*. New York: Henry Holt.

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

Janssens, J. M., Bruyn, E. J., Manders, W. A. y Scholte, R. J. (2005). The multitrait-multimethod approach in family assessment: Mutual parentchild relationships assessed by questionnaires and observations. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(4), 232-239.

Jiménez, E., Musitu, G. y Murgui, S. (2008). Funcionamiento familiar y consumo de sustancias en adolescentes: el rol mediador de la autoestima. *International Journal Clinical Health Psychology*, 8(1), 139-151.

Jiménez, M.I. y López-Zafra, E. (2008). El autoconcepto emocional como factor de riesgo emocional en estudiantes universitarios. Diferencias de género y edad. *Boletín de Psicología*, 93, 21-39.

- Jiménez, T.I., Musitu, G., Murgui, S. y Lehalle, H. (2007). Le role de la communication familiale et de léstime de soi dans la delinquance adeolescente. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 20(2), 5-26.
- Jiménez, T.I., Musitu, G., Ramos, M.J. y Murgui, S. (2009). Community involvement and victimization at school: An analysis through family, personal and social adjustment. *Journal of Community Psychology*, 37(8), 959-974.
- Jiménez-Muro, A., Beamonte, A., Marqueta, A., Gargallo, P. y Nerín, I. (2009). Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adiciones*, 29(1), 21-28.
- Jiménez-Torres, M.G., Martínez, M.P., Miró, E., y Sánchez, A.I. (2012). Relación entre estrés percibido y estado de ánimo negativo: diferencias según el estilo de afrontamiento. *Anales de Psicología*, 28(1), 28-36.
- Jöreskog, K.G. y Sörbom, D. (1993). *LISREL 8: Structural equation modeling with the SIMPLIS command language*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.



- Kain B, J., Vio D, F., Leyton D, B., Cerda R, R., Olivares C, S., Uauy D, R. y Albala B, C. (2005). School-based health promotion intervention for primary schoolchildren from Casablanca, Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, 32(2), 126-132.
- Kavas, A. B. (2009). Self-esteem and health-risk behaviours among Turkish late adolescents. *Adolescence*, 44(173), 187-198.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- Kett, J. F. (1977). *Rites of passage: Adolescence in America, 1790 to the present*. New York: Basic Books.
- Kinch, J. (1963). A formalized theory of the self-concept. *American Journal of Sociology*, 68(4), 481-486.
- Klomsten, A.T., Skaalrik, E., y Espnes, O. (2004). Physical selfconcept and sports: Do gemder differences still exist?. *Sex Roles*, 50, 119-127.

- Kokkevi, A., Richardson, C., Florescu, S., Kuzman, M. y Stergar, E. (2007). Psychosocial correlates of substance use in adolescence: A cross-national study in six European countries. *Drug and Alcohol Dependence*, 86, 67-74.
- Koutsoulis, M. y Campbell, J. (2001). Family processes affect students' motivation and achievement in Cypriot high schools. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 8(1), 108-127.
- Kraft, P. (1993). Sexual knowledge among Norwegian adolescents. *Journal of Adolescence*, 16, 3-21.
- Krekoukia, M., Nassis, G. P., Psarra, G., Skenderi, K., Chrousos, G. P. y Sidosis, L. S. (2007). Elevated total and central adiposity and low physical activity are associated with insulin resistance in children. *Metabolism*, 56, 206-213.
- Kumanyika, S. y Grier, S. (2006). Targeting interventions for ethnic minority and low-income populations. *The Future of Children / Center for the Future of Children, the David and Lucile Packard Foundation*, 16(1), 187-207.



- Laespada, T. y Elzo, J. (2007). Consumo de alcohol de los adolescentes: Hablando de cifras y datos. *Adolescentes ante el alcohol. Barcelona: Fundació La Caixa*.
- Lambon, S.D., Mounks, N.S., Steinberg, N.L. y Dombush (1991). Pattern of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent and neglectful families. *Revista de Psicología Social*, 26(3), 413-425.
- Landero, R. y Villarreal-González, M.E. (2007). Consumo de alcohol en estudiantes en relación con el consumo familiar y de los amigos. *Psicología y Salud*, 17(1), 17-23.
- Lasch, Ch. (1984). *Refugio en un mundo despiadado. La familia: ¿santuario o institución asediada?*. Barcelona: Gedisa.
- Laslett, B. (1973). The family as a public and private institution: An historical perspective. *Journal of Marriage and the Family*, 35(3) 480-492.
- Latvala, A., Rose, R. J., Pulkkinen, L., Dick, D. M., Korhonen, T. y Kaprio, J. (2014). Drinking, smoking, and educational achievement: Cross-lagged associations from adolescence to adulthood. *Drug and Alcohol Dependence*, 137, 106-113.

- Lawson, J. S., Marshall, W. L. y McGrath, P. (1979). The social self-esteem inventory. *Educational and Psychological Measurement*, 39, 803-811.
- Leary, M. R. y Downs, D. L. (1995). Self-esteem as an interpersonal monitor: The sociometer hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(3), 518-530.
- León, J. V. (2013). *Estudio de la autoestima en adolescentes Emos*. Ecuador: Universidad de Cuenca.
- León, J., Núñez, J.L., Domínguez, E.G. y Martín-Albo, J. (2013). Motivación intrínseca, autoconcepto físico y satisfacción con la vida en practicantes de ejercicio físico: Análisis de un modelo de ecuaciones estructurales en el entorno de programación R. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 8(1), 39-58.
- Leonard, P. Y. y Gottsdanker-Willekens, A. E. (1987). The elementary school counselor as consultant for self-concept enhancement. *School Counselor*, 34(4), 245-255.
- Levi, L. y Anderson, L. (1980). *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida*. México: El Manual Moderno.
- Ley Orgánica 8/2013 de Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE). (8/2013 de 9 de Diciembre). BOE, Diciembre, 10, 2013.
- Llibre, J.J., García, L. y Prieto, T. (2012). Expresión de la inteligencia emocional en estudiantes de ciencias médicas de la facultad Finlay-Albarrán. Recuperado de <http://www.16deabril.sld.cu/rev/247/ao2.html>
- Londoño, C. (2010). Resistencia de la presión de grupo, creencias acerca del consumo y consumo de alcohol en universitarios. *Anales de Psicología*, 26(1), 27-33.
- López, M.H., Camuñas, N., Pascual, D. y Llopis, C. (2011). Relaciones entre el estilo atribucional y relaciones interpersonales en adolescentes. *Educación, Aprendizaje y Desarrollo en una Sociedad Multicultural*, 1411-1422.
- López, S. y Rodríguez, J. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22(4), 568-573.
- López-Alameda, S., Alonso, A., López, A., Miragaya, P., Alonso, J. A. y González, P. (2012). Enfermedad de Sinding-Larsen-Johansson: análisis de factores asociados. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*, 56(5), 354-360.
- López-Frigia, V. (2013). *La educación familiar y su influencia en el rendimiento académico de los estudiantes de octavo grado paralelo "A" de la escuela de educación básica Juan Montalvo de la Parroquia de San Francisco, Cantón*

Ambato, provincia de Tunguragua. Tesis Doctoral: Universidad de Ambato, Ecuador.

- López-García, K.S., Esparza, S.E., Guzmán, F.R., Alonso, M.M. y Rodríguez, L. (2009). Expectativas del consumo de alcohol y tabaco en adolescentes escolares. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 7, 112–126.
- López-Justicia, M. D. y Pichardo, M. C. (2003). Diferencias de género en el autoconcepto de jóvenes afectados de baja visión. *Revista de Educación*, 330, 373-384.
- Luengo, C. (2007). Actividad físico-deportiva extraescolar en alumnos de primaria. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 7(27), 174-184.

M

- MacCallun, R.C. y Austin, J.T. (2000). Applications of structural equation modeling in modeling in psychological research. *Annual Review of Psychology*, 51, 201-226.
- Machargo, J. (1994). El autoconcepto: análisis desde una perspectiva psicosocial. *Actas del III Congreso Infad*, (363-369). León: Universidad de León.
- Madrazo, C.N. (2012). *Autoconcepto en adolescentes*. Tesis de Maestría: Universidad de Rafael Landívar.
- Madrigales, C.N. (2012). *Autoconcepto en adolescentes de 14 a 18 años*. Tesis Doctoral: Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango.
- Magagnin, C. (1998). Percepção de atitudes parentais pelo filho adolescente: Uma abordagem familiar sistémica. *Aletheia*(8), 21-35.
- Magnusson, D., Stattin, H. y Allen, V. L. (1986). Differential maturation among girls and its relation to social adjustment: A longitudinal perspective. En P. B. Baltes; D. Feathermanand y R. M. Lerner (Eds.), *Life-span development* (Vol. 7, pp. 136-172). New York: Academic Press.
- Malina, R. M. y Bouchard, C. (1991). *Growth, maturation, and physical activity*. Champaign, U.S.A: Human Kinetics Books.
- Malo, S., Bataller, S., Casas, F., Gras, M.G. y González, L. (2011). Análisis psicométrico de la escala multidimensional de autoconcepto AF5 en una muestra de adolescentes y adultos de Cataluña. *Psicothema*, 23(4), 871-878.

- Mancha, B. E., Rojas, V. C. y Latimer, W. W. (2012). Alcohol use, alcohol problems, and problem behavior engagement among students at two schools in northern Mexico. *Alcohol*, 46(7), 695-701.
- Marchago, J. (2002). Autoconcepto físico y dilemas corporales de la ciudadanía adolescente. *Revista Psicosocial*, 2, 1-25.
- Marchetti, B. (1997). *Concetto di Sé, Relazioni familiari e valori*. Tesi di Laurea: Università degli Studi di Bologna.
- Marcos, J. (2010). *Resiliencia, Inteligencia Emocional e Apoio Social; Bases para a Reintegracao Psicossocial dos portadores de deficiencia física em Angola*. Tesis Doctoral: Universitat de Valencia.
- Markus, H. y Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41(9), 954-969.
- Markus, H. y Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept: A social psychological perspective. *Annual Review of Psychology*, 38, 299-337.
- Márquez, S. (2010). *Actividad Física y Salud*. Madrid: Díaz de Santos.
- Marsh, H. W. (1985). Age and sex effects in multiple dimensions of preadolescent self-concept: a replication and extension. *Australian Journal of Psychology*, 37(2), 197-204.
- Marsh, H. W. (1989). Age and sex effects in multiple dimension of self-concept: preadolescence to early adulthood. *Journal of Educational Psychology*, 81, 417-430.
- Marsh, H. W. (1990). Confirmatory analysis of multitrait-multimethod data: The construct validation of multidimensional self-concept responses. *Journal of Personality*, 58, 661-692.
- Marsh, H. W. (1990). The structure of academic self-concept: The Marsh/Shavelson model. *Journal of Educational Psychology*, 82, 623-636.
- Marsh, H. W. (1992). *The Self-Description Questionnaire (SDQ) II: A theoretical and empirical basis for measurement of multiple dimensions of adolescent self-concept. An interim test manual and a research monograph*. Macarthur, New South Wales: University of Western Sydney.
- Marsh, H. W. (1994). The importance of being important: theoretical models of relations between specific and global components of physical fitness. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 16, 45-55.

- Marsh, H. W. (1997). The measurement of physical self-concept: A construct validation approach. En K. R. Fox (Ed.), *The physical self. From motivation to well-being* (pp. 27-58). Champaign: Human Kinetics.
- Marsh, H. W. (1997). The measurement of physical self-concept: A construct validation approach. En *The physical self. From motivation to well-being* (27-58). Champaign: Human Kinetics.
- Marsh, H. W. y O'Neil, R. (1984). Self-Description Questionnaire III (SDQIII): The construct validity for multidimensional self-concept ratings by late adolescents. *Journal of Educational Measurement, 21*, 153-174.
- Marsh, H. W. y Shavelson, R. J. (1985). Self-concept: Its multifaceted, hierarchical structure. *Educational Psychologist, 20*(3), 107-123.
- Marsh, H. W., Byrne, B. y Shavelson, R. J. (1988). A multifaceted academic selfconcept: Its hierarchical structure and its relation to academic achievement. *Journal of Educational Psychology, 80*, 366-380.
- Marsh, H. W., Parada, R. H., Yeung, A. S. y Healey, J. (2001). Aggressive school troublemakers and victims: A longitudinal model examining the pivotal role of self-concept. *Journal of educational psychology, 93*(2), 411.
- Marsh, H. W., Parker, J. y Smith, I. (1983). Preadolescent self-concept. Its relation to self-concept as inferred by teachers and to academic ability. *British Journal of Educational Measurement, 53*, 60-78.
- Marsh, H. W., Richards, G. E., Johnson, S., Roche, L. y Redmayne, P. (1994). Physical Self-Description Questionnaire: psychometric properties and a multitrait-multimethod analysis of relation to existing instruments. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 16*, 270-305.
- Marsh, H., Parker, J. y Barnes, J. (1985). Multidimensional adolescent self-concepts: Their relationships to age, sex and academic measures. *American Educational Research Journal, 22*, 422-444.
- Martín, A., Rodríguez, I., Rubio, C., Revert, C. y Hardisson, A. (2004). Efectos tóxicos del tabaco. *Revista de Toxicología, 21*, 64-71.
- Martín-Matillas, M., Tercedor, P., Bravo, M., Delgado, M. Chillón, P. y Pérez, I. (2007). Un índice permite discriminar niveles de actividad física en adolescentes. *American Journal of Epidemiolog, 115*, 205-216.

- Martínez, A., Inglés, C., Piqueras, J.A. y Ramos (2010). Importancia de los amigos y padres en la salud y rendimiento escolar. *Electronic Journal of research in Educational Psychology*, 8(1), 111-138.
- Martínez, G. y Villar, M. (2004). Estudio descriptivo del uso de drogas en adolescentes de educación media superior de Ciudad de Monterrey. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 12, 391 -397.
- Martínez, J., Musitu, G., García, J.F., y Camino, L. (2003). Un análisis transcultural de los efectos de la socialización familiar en el autoconcepto: España y Brasil. *Psicología, Educación e Cultura*, 7, 239-258.
- Martínez, M., Alonso, C. y Montañés, J. (2010). Consumo de tabaco, alcohol y cannabis en adolescentes Castellano-Manchegos. *Revista Española de Drogodependencia*, 1(2), 78-91.
- Martínez-Gómez, D., Welk, G. J., Calle, M. E., Marcos, A. y Veiga, O. L. (2009). Preliminary evidence of physical activity levels measured by accelerometer in Spanish adolescents: the AFINOS Study. *Nutrición Hospitalaria*, 24 (2), 226-232.
- Martínez-Haro, V., Pareja, H., Álvarez, M.J., Campo, J., Cid, L. y Muñoa, J. (2011). Sistema gráfico para evaluar la actividad física en relación a la salud. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 11(43), 608-618.
- Martínez-Martínez, A. (2013). *La orientación como actividad educativa y vocacional en los itinerarios curriculares del alumnado de Bachiller y Formación Profesional y su inclusión en el Mercado Laboral*. Tesis Doctoral: Universidad de Granada.
- Matalinares, M., Arenas, C., Dioses, A., Muratta, R., Pareja, C., Díaz, G., García, C., Diego, M. y Chávez, J. (2005). Inteligencia emocional y autoconcepto en colegios de Lima metropolitana. *Revista IIPSI*, 8(2), 41-55.
- Matilla, C. (2013). *Percepción de los padres acerca de la influencia de las actividades físicas y deportivas en horario no lectivo sobre el rendimiento académico de los escolares*. Trabajo Fin de Grado: Universidad de Valladolid.
- Matsukura, T. S., Marturano, E. M., Oishi, J. y Borasche, G. (2007). Estresse e suporte social em mães de crianças com necessidades especiais. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 13(3), 415-428.

- Maurage, P., Joassin, F., Speth, A., Modave, J., Philippot, P. y Campanella, S. (2012). Cerebral effects of binge drinking: Respective influences of global alcohol intake and consumption pattern. *Clinical Neurophysiology*, 123, 892-901.
- Mayer, J.D. y Salovey, P. (1997). *What is emotional intelligence? Emotional development and emotional intelligence: educational implications*. New York: Basic Books.
- McCoach, D. y Siegle, D. (2003). The SAAS-R: A new instrument to identify academically able students who underachieve. *Educational and Psychological Measurement*, 63, 414-429.
- McDonald, R.P. y Marsh, H.W. (1990). Choosing a multivariate model: noncentrality and goodness of fit. *Psychological Bulletin*, 107, 247-255.
- Mead, G. H. (1934). *Mente, persona y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Medellín, M. M., Rivera, M. E., López, J., Kanán, M. E. y Rodríguez, A. R. (2012). Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Salud mental*, 35(2), 147-154.
- Mendoza, R. (2000). Diferencias de género en los estilos de vida de los adolescentes españoles: implicaciones para la promoción de la salud y para el fomento de la actividad físico deportiva. En *Educación Física y Salud. Actas del Segundo Congreso Internacional de Educación Física*. Cádiz: FETE-UGT. Cádiz. 765-790.
- Mendoza, R. y Sagrera, M. R. (1990). *Los escolares y la salud: avance de los resultados del segundo estudio español sobre conductas de los escolares relacionadas con la salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Mendoza, R., Sagrera, M. R. y Batista, J. M. (1994). *Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986-1990)*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas. CSIC.
- Meneses, C., Markez, I., Romo, N., Uroz, J., Rua, A. y Laespada, T. (2013). Diferencias de género en el consumo diario de tabaco e intensivo de alcohol en adolescentes latinoamericanos en tres áreas españolas (Andalucía, Madrid y País Vasco). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(119), 525-535.
- Menifield, C. E., Doty, N., y Fletcher, A. (2008). Obesity in america. *The ABNF Journal: Official Journal of the Association of Black Nursing Faculty in Higher Education, Inc*, 19(3), 83-88.

- Mestre, V. y Frías, D. (1996). La mejora de la autotestima en el aula. Aplicación de un programa para niños en edad escolar (11-14 años). *Revista de Psicología General y Aplicada*, 49(2), 279-290.
- Minunchin, S. y Fishman, C. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Miras, M. (2004) Afectos, emociones, atribuciones y expectativas: El sentido del aprendizaje escolar. En C. Coll, J. Palacios y A. Marchesi (Ed.), *Desarrollo psicológico y educación 2. Psicología de la educación escolar* (pp. 309-330). Madrid: Alianza.
- Mitchel, R. E. y Tricket, E. J. (1980). Task force report: Social networks as mediators of social support. *Community Mental Health Journal*, 16, 27-44.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behaviour: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.
- Molero, D., Ortega-Álvarez, F., Valiente, I. y Zagalaz-Sánchez, M.L. (2010). Estudio comparativo del autoconcepto físico en adolescentes en función del género y del nivel de actividad físico-deportiva. *Revista Retos*, 17, 38-41.
- Molero, D., Zagalaz-Sánchez, M.L. y Cachón-Zagalaz, J. (2013). Estudio comparativo del autoconcepto físico a lo largo del ciclo vital. *Revista de Psicología del Deporte*, 22, 135-142.
- Molina-García, V.A. (2014). *Estilos de liderazgo en equipos de fútbol juveniles (16-18 años) de la provincia de Granada y su relación con los climas motivacionales generados por los entrenadores*. Tesis Doctoral: Universidad de Granada.
- Molpeceres, M. A., Musitu, G. y Lila, M. S. (1994). La socialización del sistema de valores en el ámbito familiar. En *Psicosociología de la Familia* (121-146). Valencia: Albatros.
- Monjas, I. (2000). *La timidez en la infancia y en la adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Moore, M. J. y Werch, C. E. (2005). Sport and physical activity participation and substance use among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 36(6), 486-493.
- Moral, M., Rodríguez, F.J. y Ovejero, A. (2010). Correlatos psicosociales del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles. *Salud Pública de México*, 52(5), 406-415.
- Moreno, A. (1997). La adolescencia como tiempo de cambios. En J. A. García Madruga y P. Pardo de León (Eds.), *Psicología Evolutiva* (Vol. 2, 258-283). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

- Moreno-Murcia, J. A., Cervelló, E. C. y Moreno, R. M. (2008). Importancia de la práctica físico-deportiva y del género en el autoconcepto físico de los 9 a los 23 años. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 171-183.
- Moreno-Murcia, J. A., Martínez, C. y Alonso, N. (2006). Actitudes hacia la práctica físico-deportiva según el sexo del practicante. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 3(2), 20-43.
- Moreno, M.C., Muñoz, M.V., Pérez, P. y Sánchez, I. (2004). *Los adolescentes españoles y su salud. Un análisis en chicos y chicas de 11 a 17 años*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Moreno, T. (2010). La relación familia-escuela en secundaria: algunas razones del fracaso escolar. *Revista de Currículum y Formación de Profesorado*, 14(2), 242-255.
- Moreno, Y. (1997). *Propiedades psicométricas del perfil de autopercepción física (PSPP)*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Moreno-Murcia, J. A., Moreno, R. y Cervelló, E. (2007). El autoconcepto físico como predictor de la intención de ser físicamente activo. *Revista de Psicología y Salud*, 17(2), 261-267.
- Moreno-Murcia, J. A., Moreno, R. y Cervelló, E. (2009). Relación del autoconcepto físico con las conductas de consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Adicciones*, 21, 147-154.
- Mota, N., Álvarez, R. M., Corral, M., Rodríguez-Holguín, S., Parada, M., Crego, A., Caamaño, F. y Cadaveira, F. (2010). Risky alcohol use and heavy episodic drinking among Spanish University students: a two-year follow-up. *Gaceta Sanitaria*, 24(5), 372-377.
- Mullis, R. L., Rathge, R. y Mullis, A. K. (2003). Predictors of academic performance during early adolescence. A contextual view. *International Journal of Behavioral Development*, 27 (6), 541-548.
- Muñoz de Morales, M. (2005). *Diseño, desarrollo y evaluación de un programa de educación emocional para la prevención del estrés psicosocial*. Tesis Doctoral: Universidad del País Vasco.
- Muñoz, F. (2000). *Adolescencia y agresividad*. Tesis Doctoral: Universidad Complutense de Madrid.
- Muñoz, M. y Martí, A. (2008). *Dieta durante la infancia y la adolescencia. Nutrición y dietética clínica*. Barcelona: Masson SA.

- Muñoz, M.T. y Calvo, R. (2011). Pubertad normal y sus variantes. *Pediatría Integral*, 15(6), 507-518.
- Murgui, S., García, C., García, A. y García, F. (2012). Autoconcepto en jóvenes practicantes de danza y no practicantes: Análisis factorial confirmatorio de la escala AF5. *Revista de Psicología del Deporte*, 21(2), 263-269.
- Musitu, G. (2003). *Familia y Comunidad*. Universidad de Valencia: Mimeo.
- Musitu, G. y Cava, M. J. (2001). *La familia y la educación*. Barcelona: Octaedro.
- Musitu, G. y García, F. (2004). Consecuencias de la socialización familiar en la cultura española. *Psicothema*, 16, 288-293.
- Musitu, G. y Molpeceres, M. A. (1992). Estilos de socialización familiar: Familismo y valores. *Infancia y Sociedad*, 16, 67-101.
- Musitu, G. y Pons, J. (2010). Adolescencia y alcohol: Buscando significados en la persona, la familia y la sociedad. En J. Elzo (Ed.), *Hablemos de alcohol: Por un nuevo paradigma en el beber adolescente* (137-170). Madrid: Entimema.
- Musitu, G. y Pons, J. (2010). Adolescencia y alcohol: Buscando significados en la persona, la familia y la sociedad. En *Hablemos de alcohol: Por un nuevo paradigma en el beber adolescente*, (137-170). Madrid: Entimema.
- Musitu, G., Buelga, S., Lila, M. y Cava, M. J. (2001). *Familia y adolescencia*. Madrid: Síntesis.
- Musitu, G., García, F. y Gutiérrez, M. (1994). *Autoconcepto Forma A. Manual*. Madrid: TEA.
- Musitu, G., Jiménez, T. I. y Murgui, S. (2007). Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias: Un modelo de mediación. *Revista de Salud Pública de México*, 49, 3-10.
- Musitu, G., Román, J. M. y Gracia, E. (1988). *Familia y Educación: Prácticas educativas de los padres y socialización de los hijos*. Barcelona: Labor.
- Musitu, G. y Lila, M.S. (1993). Estilos de socialización familiar y formas familiares. *Intervención Psicosocial*, 6, 77-88.
- Mussen, P. H., Conger, J. J. y Kagan, J. (1982). *Desarrollo de la personalidad en el niño*. México: Trillas.

N

- Naranjo, M.L. (2006). El autoconcepto positivo: un objetivo de la orientación y la educación. *Revista electronica "Actualidades investigativas en Educación"*, 6(1).
- Nardone, G., Giannotti, E. y Rocchi, R. (2003). *Modelos de familia. Conocer y resolver los problemas entre padres e hijos*. Barcelona: Herder.
- Natera, G., Borges, G., Medina, M. E., Solís, L. y Tiburcio, M. (2001). La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres. *Salud Pública de México*, 43(1), 17-26.
- Natera, G., Juárez, F., Mora, M.E. y Tiburcio, M. (2007). La depresión y su relación con la violencia de pareja y el consumo de alcohol en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 24(2), 165-173.
- National Institute of Health. (1998). Alcohol Alert. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 39. Disponible en <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa39.htm>
- Navarro, I., Musitu, G. y Herrero, J. (2007). *Familias y problemas*. Madrid: Síntesis.
- Nebot, M., Tomás, Z., Ariza, C., Valmayor, S., López, M.J., y Juárez, O. (2004). Factores asociados al inicio del tabaquismo: seguimiento a los 3 años de una cohorte de escolares. *Archivos de Bronconeumología*, 40, 495-501.
- Neeman, J. y Harter, S. (1986). *The Self-Perception Profile for College Students*. Denver: University.
- Neisser, U. (1976). General, academic and artificial intelligence. En L. Resnick (Ed.) *The nature of intelligence*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Nerín, I., Beamonte, A., Gargallo, P., Jiménez-Muro, A. y Marqueta, A. (2007). Ganancia ponderal al dejar de fumar y su relación con la ansiedad. *Archivos de Bronconeumología*, 43, 9-15.
- Noller, P. y Callan, V. (1991). *The adolescent in the family*. Londres: Routledge.
- Nunes, M., Marcela, D., Ferrari, H. y Marín, F. (2012). Soporte social, familiar y autoconcepto: relación entre constructos. *Psicología desde el Caribe*, 29(1), 1-18.

- Núñez, J. y González-Pienda, J. (1994). *Determinantes del rendimiento académico. Variables cognitivo-motivacionales, atribucionales, uso de estrategias y autoconcepto*. Oviedo: Universidad de Oviedo.
- Núñez, J., Martín-Albo, J., Navarro, J. G., Sánchez, J. M., y González-Cutre, D. (2009). Intrinsic motivation and sportmanship: Mediating role of interpersonal relationship. *Perceptual Motor and Skill*, 108, 681-692.



- O'Moore, M. y Kirkham, C. (2001). Self-esteem and its relationship to bullying behaviour. *Aggressive Behavior*, 27(4), 269-283.
- Obiols, M. (2005). Diseño, desarrollo y evaluación de un programa de educación emocional en un centro educativo. *Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado*, 19(3), 137-152.
- Offer, D. (1969). *The psychological world of the teenager*. New York: Basic Books, Inc.
- Offer, D., Ostrov, E. y Howard, K. I. (1984). The self-image of normal adolescents. *New Directions for Mental Health Services*, 22, 5-17.
- Oliva, L., León, D. y Rivera, E. (2007). La emigración del adulto como factor de riesgo en la autoestima de los adolescentes. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 12(2), 359-366.
- Oliva, A., Parra, Á. y Sánchez-Queija, I. (2008). Consumo de sustancias durante la adolescencia: Trayectorias evolutivas y consecuencias para el ajuste psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 153-169.
- Olmedo, M. (1997). *Aplicación y evaluación de un programa de afrontamiento de problemas emocionales en adolescentes*. Tesis Doctoral: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- O'Loughlin, J., Karp, I., Koulis, T., Paradis, G. y DiFranza, J. (2009). Determinants of first puff and daily cigarette smoking in adolescents. *American Journal of Epidemiology*, 170(5), 585-597.
- Organización Mundial de la Salud (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. I Conferencia Internacional para la promoción de la Salud, celebrada en Ottawa, Canadá, en 1986.

- Organización Mundial de la Salud, (1998). Informe sobre la salud en el mundo. La vida en el siglo XXI. Una perspectiva para todos. Ginebra, (documento inédito WHO/WHR/98.1)
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Estrategia mundial sobre régimen alimentario actividad física y salud. Archivos de 57° Asamblea mundial de salud. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Ginebra: WHO.
- Orgilés, M., Johnson, B. T., Huedo-Medina, T. B. y Espada, J. P. (2012). Autoconcepto y ansiedad social como variables predictoras del rendimiento académico de los adolescentes españoles con padres divorciados. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 10(26), 57-72.
- Oviedo, G., Sánchez, J., Castro, R., Calvo, M., Sevilla, J.C., Iglesias, A., y Guerra, M. (2013). Niveles de actividad física en población adolescente: estudio de caso. *Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 23, 43-47.

P

- Padilla, M.T., García, S. y Suárez, M. (2010). Diferencias de género en el autoconcepto general y académicos de estudiantes de 4° de E.S.O. *Revista de Educación*, 352, 495-515.
- Páez, M. Gutiérrez-Martínez, O., Fachinelli, C.C. y Hernández, M. (2007). Un análisis de las relaciones entre distintas dimensiones del autoconcepto y el rendimiento académico en una muestra de adolescentes argentinos. *Revista Mexicana de Psicología*, 24(1), 77-84.
- Palacios, J., Marchesi, A. y Coll, C. (2009). Desarrollo psicológico y educación. Madrid: Alianza.
- Parra, Á. y Oliva, A. (2002). Comunicación y conflicto familiar durante la adolescencia. *Anales de psicología*, 18(2), 215-231.
- Pascual, F., Reig, M., Fontoba, J. y García, A. (2011). Alcohol y violencia. *Health and Addictions: Salud y Drogas*, 11(1), 71-94.

- Pastor, Y., Balaguer, I. y Benavides, G. (2002). Influencia de los dominios del autoconcepto en la autoestima de los adolescentes. *Revista de Psicología Aplicada*, 12 (3), 97-112.
- Pastor, Y., Balaguer, I. y García-Merita, M. (2001). *Estilo de vida y salud*. Buenos Aires: El Mercurio de la Salud.
- Paz-Navarro, L. D., Roldán, R. y González, M. (2009). Funcionamiento familiar de alumnos con bajo rendimiento escolar y su comparación con un grupo de rendimiento promedio en una preparatoria de la universidad de Guadalajara. *Revista de Educación y Desarrollo*, 10, 5-15.
- Pedersen, B., y Saltin, B. (2006) Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 16(1), 3–63.
- Pedrosa, I., García-Cueto, E., Suárez-Álvarez, J., y Pérez, B. (2012). Adaptación española de una escala de apoyo social percibido para deportistas. *Psicothema*, 24(3), 470-476.
- Pequeña, J. y Escurra, L.M. (2006). Efectos de un programa para el mejoramiento de la autoestima en niños de 8 a 11 años con problemas específicos de aprendizaje. *Revista de Investigación en Psicología*, 9(1), 9-22.
- Pérez, I. y Delgado, M. (2013). Mejora de hábitos saludables en adolescentes desde la educación física escolar. *Revista de Educación*, 360, 1-17.
- Pérez, P. y Santiago, S. (2002). El concepto de adolescencia. *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia*, 2.
- Pérez-Escoda, N., Filella, G., Soldevila Benet, A. y Fondevila, A. (2013). Evaluación de un programa de educación emocional para profesorado de primaria. *Educación XXI*, 16(1), 233-254
- Pérez-Esparrells, C. y Morales, S. (2012). El fracaso escolar en España: un análisis por Comunidades Autónomas. *Revista de Estudios Regionales*, 94, 39-69.
- Pérez-López, V. y Devís, J. (2003). La promoción de la actividad física relacionada con la salud. La perspectiva de proceso y de resultado. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 3(10), 69-74.
- Pérez-Milena A., Martínez-Fernández, M. A., Redondo-Olmedilla, M., Nieto C. Á., Pulido I. J. y Gallardo, I. M. (2012). Motivations for tobacco consumption among adolescents in an urban high school. *Gaceta Sanitaria*, 26(1), 51-57.
- Petkari, E. (2010). *Determinantes longitudinales de calidad de vida en esquizofrenia*. Tesis Doctoral: Universidad de Granada.

- Physical Activity Guidelines Advisory Committee. (2008). *Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report, 2008*. Washington: Department of Health and Human Services.
- Piédrola-Gil, G. (2008). *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona: Elsevier-Masson.
- Pike, R. (1984). Comparison of convolution and matrix distributed memory systems for associative recall and recognition. *Psychological Review*, 91(3), 281-294.
- Pinilla, V., Montoya, D. y Dussán, C. (2012). El autoconcepto familiar en una muestra de estudiantes universitarios de la ciudad de Manizales. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 4, 177-193.
- Piñero, I., Valle, A., Rodríguez, S., González, R. y Suárez, J. (1998). Variables motivacionales, estratégicas de aprendizaje y rendimiento académico en estudiantes universitarios: un modelo de relaciones causales. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 9(16), 217-229.
- Plan Nacional sobre Drogas (2013). *Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España. Edades 2011-2012*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Poletto, R. C. y Koller, S. H. (2002). Rede de apoio social e afetivo de crianças em situação de pobreza. *Psico (RS)*, 33(1), 151-176.
- Pons, J. (1998). El modelado familiar y el papel educativo de los padres en la etiología del consumo de alcohol en los adolescentes. *Revista Española de Salud Pública*, 72, 251-266.
- Povedano, A., Estévez, E., Martínez, B. y Monreal, M.C. (2012). Un perfil psicosocial de adolescentes agresores y víctimas en la escuela: análisis de las diferencias de género. *Revista de Psicología Social*, 27 (2), 169-182.
- Povedano, A., Hendry, L., Ramos, M. y Varela, R. (2011). Victimización escolar: clima familiar, autoestima y satisfacción con la vida desde una perspectiva de género. *Psychosocial Intervention*, 20(1), 5-12.
- Prado, G. y Pantin, H. (2011). Reducing substance use and HIV health disparities among Hispanic youth in the U.S.A.: The Familias Unidas program of research. *Psychosocial Intervention*, 20, 63-73.
- Prieto, A. J. (2014). *Autonomía en el aprendizaje en Educación Física y relaciones con la felicidad y con la atribución de la motivación de logros, de un grupo de*

alumnos/as del tercer ciclo de Educación Primaria. Un estudio de casos. Tesis Doctoral: Universidad de Jaén.

R

- Racionero, L. (1986). *Del paro al ocio*. Barcelona: Anagrama.
- Rainey, C.J, McKeown, R.E., Sargent, R.G., y Valois, R.F. (1996). Patterns of tobacco and alcohol use among sedentary, exercising, nonathletic, and athletic youth. *J Sch Health*. 66(1), 27–32.
- Ramos, P. (2010). *Estilos de vida y salud en la adolescencia. Premios INJUVE para tesis doctorales 2010*. Madrid: INJUVE.
- Ramos, P. y Torres, L. (2007). *La autoestima*. Barcelona: El País S.L.
- Reigal, E. y Videra, A. (2011). Frecuencia de práctica física y autoconcepto físico multidimensional en la adolescencia. *Apunts de educación física y deportes*, 105, 28-34.
- Reigal, R., Videra, A. Parra, J.L. y Juárez, R. (2012). Actividad físico deportiva, autoconcepto físico y bienestar psicológico en la adolescencia. *Retos, Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 22, 19-23.
- Reigal, R., Videra, A., Márquez, V. M. y Parra, J. (2013). Autoconcepto físico multidimensional y barreras para la práctica física en la adolescencia. *Apunts de Educación física y deportes*, 1(111), 23-28.
- Reigal, R. E., Becerra, C. A., Hernández, A. y Martín, I. (2014). Relación del autoconcepto con la condición física y la composición corporal en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, 30(3), 1079-1085.
- Revuelta, L. y Esnaola, I. (2011). Clima familiar deportivo y autoconcepto físico en la adolescencia. *European Journal of Education and Psychology*, 4(1), 19-31.
- Rey, L., Extremera, N. y Pena, M. (2011). Inteligencia emocional percibida, autoestima y satisfacción con la vida en adolescentes. *Psychosocial Intervention*, 20(2), 227-234.
- Richards, G. E. (1988). *Physical Self-Concept Scale*. Sydney: Australian Outward Bound Foundation.

- Riddoch, C. J., Bo Andersen, L., Wedderkopp, N., Harro, M., Klasson-Heggebø, L., Sardinha, L. B., Cooper, A.R., y Ekelund, U. (2004). Physical activity levels and patterns of 9- and 15-yr-old European children. *Medicine and Sciences in Sports and Exercise*, 36(1), 86-92.
- Rigby, K. y Slee, P. T. (1993). Dimensions of interpersonal relation among Australian children and implications for psychological well-being. *The Journal of Social Psychology*, 133(1), 33-42.
- Riggio, R., Throckmorton, B. y DePaola, S. (1990). Social skills and self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 11(8), 799-804.
- Roberts, C. K., y Barnard, R. J. (2005). Effects of exercise and diet on chronic disease. *Journal of Applied Physiology*, 98(1), 3-30.
- Roberts, G. E. (1992). Linkages between performance appraisal system effectiveness and rater and ratee acceptance. *Review of Public Personnel Administration*, 12(3), 19-41.
- Roberts, G.C. (2001). *Understanding the dynamics of motivation in physical activity: The influence of achievement goals on motivational processes*. En G.C. Roberts (Ed.), *Advances in Motivation in Sport and Exercise* (pp. 1-50). Champaign, Il: Human Kinetics.
- Rodríguez, A. (2008). *El autoconcepto físico y el bienestar/malestar psicológico en la adolescencia*. Tesis Doctoral. Leioa: UPV/EHU.
- Rodríguez, M. S. y Cohen, S. (1998). *Social Support*. *Encyclopedia of mental health*. New York: Academic Press.
- Rodríguez, P.L, López, F.J., López, P.A. y García, E. (2013). Práctica de ejercicio físico y su relación con el consumo de tabaco en adolescentes. Diferencias entre géneros. *Adiciones*, 25(1), 29-36.
- Rodríguez, S. (2010). El autoconcepto académico como posibilitador del rendimiento escolar. *Revistapsicológicacientífica.com*, 12(17). Recuperado de <http://psicopediahoy.com/autoconcepto-academico-rendimiento-escolar/>
- Rodríguez, S., Gallardo, M. A., Olmos, M. C. y Ruiz, F. (2005). *Investigación educativa: metodología de encuesta*. Granada: Grupo Editorial Universitario.
- Rodríguez-Osuna, J. (2001). *Métodos de muestreo*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

- Roger, C.R. (1959). A Theory of Therapy, Personality and Interpersonal Relationships, as Developed in the client-centered Framework. *Psychology: A Study of a Science*, 1(3), 184-256.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. London: Constable.
- Rojas, E., Fleiz, C., Medina, M., Morón, M., y Doménech, M. (1999). Consumo de alcohol y drogas en estudiantes de Pachuca (Hidalgo). *Revista de Salud Pública de México*, 41(4), 297-308.
- Rosa, A.I., Inglés, C.J., Olivares, J., Espada, J.P., Sánchez-Meca, J. y Méndez, X. (2002). Eficacia en el entrenamiento de habilidades sociales con adolescentes: de menos a más. *Psicología Conductual*, 10(3), 543-561.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Rubio, G. (1998). Validación de la prueba para la identificación de trastornos por el uso de alcohol (AUDIT) en Atención Primaria. *Revista Clínica Especializada*, 198, 11-14.
- Rueda, S. (2011). Habitabilidad y calidad de vida. *Cuadernos de Investigación Urbanística*, 42, 11-18.
- Ruiz de Azúa, S. (2007). *El autoconcepto físico: Estructura interna, medida y variabilidad*. Tesis Doctoral: Universidad del País Vasco.
- 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.
- Ruiz, F., García, M. E. y Hernández, A. I. (2001). Comportamientos de actividades físico-deportivas de tiempo libre del alumnado almeriense de enseñanza secundaria post obligatoria. *Revista Motricidad*, 7, 113- 143.
- Ruiz-Juan, F. y Ruiz-Risueño, J. (2011). Variables predictoras de consumo de alcohol entre adolescentes españoles. *Anales de Psicología*, 27(2), 350-359.
- Ruiz-Juan, F., De la Cruz, E. y Ruiz-Risueño, J. y García, M. (2008). Youth smoking patterns and leisure-time physical activity. *Retos, Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 14, 75–79.
- Ruiz-Risueño, J., Ruiz-Juan, F. y Zamarripa J.I. (2011). Alcohol y tabaco en adolescentes españoles y mexicanos y su relación con la actividad físico-deportiva y la familia. *Revista Panamericana Salud Publica*. 31(3), 211–220.

Ruvalcaba, N., Oliveros, L., Flores, R., Covarrubias, M. y Gutiérrez, J. (2013). *Ajustes interdisciplinarios en el ejercicio profesional de la salud mental. Volumen II*. México: Universidad de Guadalajara.

Ruvalcaba, N.A. y Covarrubias, M.G. (2012). Diferencias en estilos parentales y clima familiar entre población clínica y población general. *Aportes interdisciplinarios en el ejercicio profesional de la salud mental*. Actas del V Congreso Internacional de Salud Mental. Universidad de Guadalajara (México).

S

Salamó, A., Gras, M. E. y Font-Mayolas, S. (2010). Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema*, 22 (2), 189-195.

Salazar, C., Feu, S., Vizuite, M. y de la Cruz-Sánchez, E. (2013a). IMC y actividad física de los estudiantes de la Universidad de Colima. *International Journal of Medicine and Science of Physical Activity and Sport*, 13(51), 569-584.

Salazar, C.M, Feu, S., Vizuite, M. y De la Cruz-Sánchez, E. (2013b). Entorno social y afectivo y entorno urbano como determinantes del patrón de actividad física de los universitarios de Colima. *Cultura, Ciencia y Deporte*, 23(8), 103-112.

Salazar, N., López, L. y Romero, M.A. (2010). Influencia familiar en el rendimiento escolar en niños de primaria. *Revista científica electrónica de psicología*, 9, 137-166.

Salmivalli, C. (1998). Intelligent, attractive, well-behaving, unhappy: The structure of adolescents' self-concept and its relations to their social behavior. *Journal of Research on Adolescence*, 8(3), 333-354.

Salovey, P., Stroud, L. R., Woolery, A. y Epel, E. S. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the trait meta-mood scale. *Psychology and health*, 17(5), 611-627.

Salum-Fares, A., Marín, A. R., y Reyes, A. C. (2011). Relevancia de las dimensiones del Autoconcepto en estudiantes de Escuelas secundarias de Ciudad Victoria, Tamaulipas, México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(2), 255-272.

- Sánchez, J.M. (2011). *Un recurso de integración social para niños/as, adolescentes y familias en situación de riesgo: los centros de día de atención a menores*. Tesis Doctoral: Universidad de Granada.
- Sánchez-Alcaraz, B. J. y Gómez, A. (2014). Autoconcepto Físico en una muestra de estudiantes de primaria y su relación con el género y la práctica deportiva extraescolar. *E-balonmano. com: Revista de Ciencias del Deporte*, 10(2), 113-120.
- Sánchez-Alcaraz, B. J., y Mármol, A. G. (2014). Autoconcepto físico en una muestra de estudiantes de primaria y su relación con el género y la práctica deportiva extraescolar. *E-balonmano.com: Journal of Sports Science/Revista de Ciencias del Deporte*, 10(2).
- Sánchez-Bañuelos (1996). *Actividad física orientada hacia la salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Sánchez-Bañuelos, F. (2000). La educación Física orientada a la creación de hábitos saludables. *La actividad física y su práctica orientada hacia la salud*, (25-21). Granada: Grupo Editorial universitario y sector de enseñanza CSI-CSIF.
- Sánchez-López, M., Salcedo-Aguilar, F., Solera-Martínez, M., Notario Pacheco, B., Franquelo Morales, P., y Martínez-Vizcaíno, V. (2014). Validez convergente de dos ítems para diferenciar entre escolares activos y sedentarios. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 14(54), 363-376.
- Sánchez-Sosa, J.C., Villarreal-González M. y Musitu G. (2010). *Psicología y Desórdenes Alimenticios. Un modelo de Campo Psicosocial*. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León-Universidad Pablo de Olavide de Sevilla.
- Santos, J., Muñoz, P. Juez, J. y Cortiñas, A. (2003). *Diseño de Encuestas para estudios de mercado. Técnicas de muestreo y análisis multivariante*. Madrid: Editorial Ramón Areces.
- Santos, M.V. y Santos, M.A. (2013). Estilos de aprendizaje y autoconcepto académico en alumnos de bachillerato: diferencias entre modalidades. *Revista Estilos de Aprendizaje*, 11(11), 100-117.
- Santos, T. M. (2005). *Evidência de validade entre percepção de suporte familiar e traços de personalidade*. Tesis de maestría: Itatiba: Universidade São Francisco.
- Santrock, J. (2002). *Psicología de la educación*. México: Mc Graw-Hill.

- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B. y Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.
- Saunders, J., Aasland, O., Babor, T., De la Fuente, J. y Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Who collaborative Project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88, 791-804.
- Scott, C., Murray, G., Mertens, C. y Dustin, E. (1996). Student self-esteem and school system: Perceptions and implications. *The Journal of Educational Research*, 89(5), 286-293.
- Seeman, T. E. (1998). *Social support and social conflict*. Extraído el 11 de febrero de 2009 desde <http://www.macses.ucsf.edu/Research/Psychosocial/notebook/socsupp.html>.
- Segalen, M. (1992) *Antropología histórica de la familia*. Madrid, Taurus.
- Shavelson, J., Hubner, J.J., y Stanton, G.C. (1976). Self-concept: validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46(3), 407-442.
- Shavelson, R. y Bolus, R. (1982). Self-concept: The interplay of theory and methods. *Journal of Educational Psychology*, 74(1), 3-17.
- Shaya, F. T., Flores, D., Gbarayor, C. M. y Wang, J. (2008). School-Based Obesity Interventions: A Literature Review. *Journal of school Health*, 78(4), 189-196.
- Shen, B. (2014). Outside-school physical activity participation and motivation in physical education. *British Journal of Educational Psychology*, 84(1), 40-57.
- Siegel, A. F. (1982). Robust regression using repeated medians. *Biometrika*, 69(1), 242-244.
- Siegler, R. (1991). *Children's thinking*. NJ, US: Englewood Cliffs.
- Silbereisen, R. K. y Kracke, B. (1993). Variation in maturational timing and adjustment in adolescence. En S. Jackson y H. Rodríguez-Tomé (Eds.), *The social worlds of adolescence*. Hove: Erlbaum.
- Simmons, R. G. y Blyth, D. A. (1987). *Moving into adolescence. The impact of pubertal change and school context*. New York: Aldine de Gruyter.
- Sirard, J. R., y Pate, R. R. (2001). Physical activity assessment in children and adolescents. *Sports medicine*, 31(6), 439-454.
- Siverio, M. Á., y García, M. D. (2007). Autopercepción de adaptación y tristeza en la adolescencia: La influencia del género. *Anales de psicología*, (23)1, 41-48.

- Skaalvik, E. M. y Hagtvet, K. A. (1990). Academic achievement and self-concept: An analysis of causal predominance in a developmental perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(2), 292-307.
- Smilkstein, G., Ashworth, C. y Montano, D. (1982). Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. *Journal of Family Practice*, 15, 303-311.
- Snygg, D. y Combs, A. W. (1949). *Individual behaviour: A new frame of reference for psychology*. New York: Harper.
- Soares, L. M., y Soares, A. T. (1977). *The self-concept: Mini, maxi, multi*. Paper presented at the annual meeting of the 1977 American Educational Research Association. New York.
- Soares, L. M. y Soares, A. T. (1983). *Components of students self-related cognitions*. Paper presented at the American Educational Research Association Annual Meeting. Montreal.
- Song, I. y Hattie, J. (1984). Home environment self-concept and academic achievement: A causal modeling approach. *Journal of Educational Psychology*, 76, 1269-1281.
- Sonstroem, R. J. (1984). Exercise and self-esteem. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 12(1), 123-156.
- Soriano, J. A., Navas, L., y Holgado, F. P. (2014). El autoconcepto físico y su relación con el género y la edad en estudiantes de educación física. *Apuntes. Educación Física y Deportes*, 106(4), 36-41.
- Soriano, J. A., Sampascual, G. y Navas, L. (2010). El autoconcepto físico en la clase de Educación Física: un análisis centrado en el sexo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD. Revista de Psicología*, 3(1), 419-425.
- Sosa, D. (2014). *Relación entre autoconcepto, ansiedad e inteligencia emocional: eficacia de un programa de intervención en estudiantes adolescentes*. Tesis Doctoral: Universidad de Extremadura.
- Sousa, F., Mata, M.A. y Antao, C. (2013). Adolescentes: percepção da auto-imagem. En jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do IPB. Bragança.
- Specker, B. y Vukovich, M. (2007). Evidence for an interaction between exercise and nutrition for improved bone health during growth. *Medicine and Sport Science*, 51, 50-63.
- Sprovieri, M. H. S. y Assumpção, J. R. (2001). Dinâmica familiar de crianças autistas. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 59(2), 230-237.

- Standage, M., Duda, J.L. y Ntoumanis, N. (2005). A test of self-determination theory in school physical education. *British Journal of Educational Psychology*, 75, 411-433.
- Standage, M., y Treasure, D. C. (2002). Relationship among achievement goal orientations and multidimensional situational motivation in physical education. *British Journal of Educational Psychology*, 72(1), 87-103.
- Stattin, H. y Magnusson, D. (1990). *Pubertal maturation in female development*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum.
- Stein, R. J. (1996). Physical self-concept. En B. A. Bracken (Ed.), *Handbook of self-concept: Developmental, social and clinical considerations* (374-394). Oxford: John Wiley and Sons.
- Stevenson, H.W. y Newman, R.S. (1986). Long-term prediction of achievement and attitudes in mathematics and reading. *Child Development*, 57, 646-659.
- Stone, E. J., McKenzie, T. L., Welk, G. J. y Booth, M. L. (1998). Effects of physical activity interventions in youth. Review and synthesis. *American Journal of Preventive Medicine*, 15(4), 298-315.
- Strein, W. (1996). Advances in research on academic self-concept: Implications for school psychology. *School Psychology Review*, 22(2), 273-285.
- Suárez, C., Del Moral, G., Musitu, G. y Villarreal-González, M. (2013). Medios de comunicación y consumo de alcohol en adolescentes: ¿Qué dicen los expertos? *Health and Addictions: Salud y Drogas*, 13(2), 99-108.

T

- Tamayo, A. (1981). EFA: Escala Fatorial de Autoconceito. *Arquivo Brasileiro de Psicologia*, 33, 87-102.
- Teixeira, M. A. y Giacomoni, C. H. (2002). Autoconceito: da preocupação com o si-mesmo ao construto psicológico. *Psico (RS)*, 33, 363-384.
- Téllez, J., Cote, M., Savogal, F., Martínez, E. y Cruz, U. (2003). Identificación de factores protectores en el uso de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios. *Medicina*, 51, 15-24.

- Tezanos, J.F. (2007). *Los impactos sociales de la revolución científico tecnológica. Noveno Foro sobre tendencias sociales*. Madrid: Editorial Sistema.
- Thomas, J. B. (1973). *Self-concept in psychology and education: A review of the research*. Windsor: NFER.
- Tomas, I. (1998). *Equivalencia psicometrica de una traduccion del cuestionario de autoconcepto fisico Physical Self-Description Questionnaire (PSDQ) al castellano*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Tomás, J.M. y Oliver, A. (2004). Confirmatory factor analysis of a Spanish multidimensional scale of self-concept. *Revista Interamericana de Psicología*, 38, 285-293.
- Torre-Ramos, E. (1998). *La actividad física deportiva extraescolar y su interrelación con el área de educación física en el alumnado de Enseñanzas Medias*. Tesis Doctoral: Universidad de Granada.
- Triandis, H.C. (1970). *Attitude and attitude change*. New York: Wiley and Sons.
- Twisk, J. W., Kemper, H. C. y Van Mechelen, W. (2000). Tracking of activity and fitness and the relationship with cardiovascular disease risk factors. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32(8), 1455-1461.

U

- Ullman, D. y Dubow, E. (1989). *Factors in the adjustment of latchkey children*. Paper presented at Meetings of the Midwestern Psychological Association. Chicago, IL.
- Urquieta, J.E., Hernández-Ávila, M. y Hernández, B (2006). El consumo de tabaco y alcohol en jóvenes de zonas urbanas marginadas de México. Un análisis de decisiones relacionadas. *Salud Publica México*, 48(1), 30-40.

V

- Varela, R.M. (2012). *Violencia, Victimización y Cyberbullying en adolescentes escolarizados/as: una perspectiva desde el Trabajo Social*. Tesis Doctoral Universidad de Sevilla.

- Varo, J.J., Martínez, J.A. y Martínez, M.A. (2003). Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo. *Medicina clínica*, 121(17), 665-672.
- Vázquez, S., Noriega, M. y García, S. (2013). Relaciones entre rendimiento académico, competencia espacial, estilos de aprendizaje y deserción. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 15(1), 29-44.
- Véliz, A. L. (2010). *Dimensiones del autoconcepto en estudiantes chilenos: un estudio psicométrico*. Tesis Doctoral: Universidad del País Vasco.
- Veliz, A. y Apodaca, P. (2012). Niveles de autoconcepto, autoeficacia académica y bienestar psicológico en estudiantes universitarios de la ciudad de Temuco. *Salud y Sociedad*, 3(2), 131-150.
- Veugelers, P. J. y Fitzgerald, A. L. (2005). Effectiveness of school programs in preventing childhood obesity: A multilevel comparison. *American Journal of Public Health*, 95(3), 432-435.
- Vickery, D.M. y Fries, J.F. (1981). Your habits and your health: it's up to you. *Corporate fitness report*, 1, 10.
- Videra, A. y Reigal, R.E. (2013). Autoconcepto físico, percepción de salud y satisfacción vital en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, 29(1), 141-147.
- Vilariño, M., Amado, B. G. y Alves, C. (2013). Menores infractores: un estudio de campo de los factores de riesgo. *Anuario de Psicología Jurídica*, 23(1), 39-45.
- Vilches (2015). *Centros especializados y normalizados de secundaria: relación entre autoestima, agresividad, victimización y calidad de vida en estudiantes de Granada capital*. Tesis Doctoral: Universidad de Granada.
- Villareal-González, M.E. (2009). *Un modelo estructural del consumo de drogas y conducta violenta en adolescentes escolarizados*. Tesis doctoral: Universidad Autónoma de Nuevo León (México).
- Villarreal, M. E., Sánchez-Sosa, J. C., Musitu, G. y Varela, R. (2012). El consumo de alcohol en adolescentes escolarizados: propuesta de un modelo sociocomunitario. *Intervención Psicosocial*, 19(3), 253-264.
- Villarreal-González, M. E., Sánchez-Sosa, J. C., Musitu, G. y Varela, R. (2010). El consumo de alcohol en adolescentes escolarizados: propuesta de un modelo sociocomunitario. *Intervención Psicosocial*, 19(3), 253-264.
- Villarreal-González, M.E., Sánchez-Sosa, J.C. y Musitu, G. (2013). Análisis psicosocial del consumo de alcohol en adolescentes mexicanos. *Universitas Psychologica*, 12(3), 857-873.

Vispoel, W. (1995). Self-concept in artistic domains: An extension of the Shavelson, Hubner, and Stanton (1976) model. *Journal of Educational Psychology*, 87(1), 134-153.

Von Essen L, Enskar K, Kreuger A, Larsson B. y Sjoden P. (2000). Self-esteem, depression and anxiety among Swedish children and adolescents on and off cancer treatment. *Acta Paediatr*, 89, 229-236.



Wang, L. Y., Gutin, B., Barbeau, P., Moore, J. B., Hanes, J., Johnson, M. H., Cavnar, M., Thornburg, J., y Yin, Z. (2008). Cost-effectiveness of a school-based obesity prevention program. *The Journal of School Health*, 78(12), 619-624.

Watkins, D. y Dhawan, N. (1989). Do we need to distinguish the constructs of self-concept and self-esteem? *Journal of social behavior and personality*, 4, 555-562.

Webster, M. y Sobieszek, B. (1974). *Teorías de la autoevaluación. Estudio experimental de psicología social*. México: Limusa.

Weiss, M.R., Smith, A.L. y Theeboom, M. (1996). “That’s what friends are for:” Children’s and teenagers’ perceptions of peer relationships in the sport domain. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 18, 347-379.

Weist, M. D., Paskewitz, D. A., Jackson, C. Y. y Jones, D. (1998). Self-reported delinquent behavior and psychosocial functioning in inner-city teenagers: A brief report. *Child Psychiatry and Human Development*, 28(4), 241-248.

Welk, G. J., Corbin, C. B. y Lewis, L. A. (1995). Physical self-perceptions of high school athletes. *Pediatric Exercise Science*, 7, 152-161.

Whitaker, R. C., Wright, J. A., Pepe, M. S., Seidel, K. D. y Dietz W. H. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *The New England Journal of Medicine*, 337(13), 869–873.

Wikipedia (2015). Extraído el 12 de noviembre de 2014.

Winne, P. H. y Marx, R. W. (1981). Convergent and discriminant validity in self-concept measurement. In *annual meeting of the American Educational Research Association, Los Angeles, CA*.

Winnicott, D. (1972). *Papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño*. Realidad y Juego, Buenos Aires: Granica.

Winton, Ch.A. (1995) Frameworks for studying families. Dushkin: McGraw-Hill.

Woolfolk, A. (2008). *Educational Psychology*. Boston: Allyn y Bacon.

Y

Yañez, A., Leiva, A., Gorreto, L., Estela, A., Tejera, E. y Torrent, M. (2013). School, family and adolescent smoking. *Adiciones*, 25(3), 253-259.

Yelsma, P. y Yelsma, J. (1998). Self-esteem and social respect within the high school. *The Journal of Social Psychology*, 138(4), 431-441.

Yuste, J.L., López, P.A., López, F.J., García, J.V. y García, J.J. (2008). En actas de IV Congreso Internacional y XXV Nacional de Educación Física. Palacio de Exposiciones y Congresos de Córdoba.

Z

Zacarés, J. J., Iborra, A. y Tomás, J. M. (2009). El desarrollo de la identidad en la adolescencia y adultez emergente: Una comparación de la identidad global frente a la identidad en dominios específicos. *Anales de Psicología*, 25(2), 326-329.

Zamboaga, B. L., Schwartz, S. J., Jarvis, L. H. y Van Tyne, K. (2009). Acculturation and substance use among Hispanic early adolescents: Investigating the mediating roles of acculturative stress and self-esteem. *The Journal of Primary Prevention*, 30, 315-333.

Zarocostas, J. (2011). WHO calls for action to restrict marketing of unhealthy foods and drinks to children. *British Medical Journal*, 342, 503-510.

- Zorich, S. y Reynolds, W. M. (1988). Convergent and discriminant validation of a measure of social self-concept. *Journal of Personality Assessment*, 52(3), 441-453.
- Zurita, F. (2007). *Screening y prevalencia de las alteraciones raquídeas (escoliosis e hipercifosis) en una población escolar de 8 a 12 años de la provincia de Granada*. Tesis Doctoral: Universidad de Granada.
- Zurita, F., Moreno, C., Ruiz, L., Martínez, A., Zurita, A. y Castro, A. (2008). Cribado de la escoliosis en una población escolar de 8 a 12 años de Granada y Provincia. *Anales de Pediatría*, 69(4), 293-296.
- Zurita, F. y Álvaro, J.L. (2014). Repercusión del tabaco y alcohol sobre factores académicos y familiares en adolescentes. *Health and Addictions*, 14(1), 59-70.

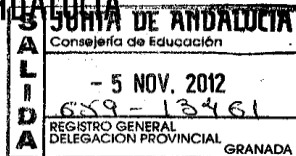
ANEXOS

XI

ANEXO 1

“Datos de la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía”

JUNTA DE ANDALUCÍA



CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN
Delegación Territorial de Educación, Cultura y Deporte de Granada

Sr José Ignacio Álvaro González.

Fecha: 2 de noviembre de 2012

Nuestra ref.: SPE/DPE
Asunto: Rta solicitud de datos IES

C/ ...
18100 - Armilla (Granada).

En respuesta a su petición de información sobre los centros que en la provincia de Granada imparten la enseñanza secundaria (incluida Granada capital), con número de alumnado y especificación de las unidades,

LE COMUNICO:

- Al no especificarnos si su demanda hace referencia a la Educación Secundaria Obligatoria (ESO), a la Post-Obligatoria (Bachillerato y Formación Profesional) y/o ambas, le facilitamos la información global:

- 157 centros e institutos de enseñanza secundaria sostenidos con fondos públicos en Granada, capital y provincia..
- Población escolar en ESO y ESPO (sin contar Formación Profesional, que aún no ha certificado su matrícula): 55769 alumnos y alumnas.
- Número de unidades (sin computar las correspondientes a los ciclos formativos): 2159.

La relación de centros que imparten estos niveles de enseñanza puede obtenerla consultando la página web de la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía:

C/ Gran Vía de Colón, 56 - Edificio La Normal. 18071 Granada. Tfno.: 958/029000 Fax: 958/029076



ANEXO 2

“Cuestionario Socio-demográfico”

Rodea con un círculo o escribe en la columna de la derecha la respuesta que consideras adecuada:

N° de cuestionario (no rellenar):		Curso	3°	4°	Centro:	Año de nacimiento:			
Sexo	Chico	Chica	Peso:		Altura:				
Localidad del Centro:			Tipo de Centro Escolar		Público	Concertado			
¿Has repetido en alguna ocasión?			Si	No	¿Tus padres hacen actividad física?		Si	No	
¿Practicas actividad física fuera del centro?			Si	No	Si es así, ¿Cuál?		¿Estás federado?	Si	No
Mis padres trabajan en:			El nivel de estudios de mis padres es:						
Madre									
Padre									

ANEXO 3

“Cuestionario sobre Consumo de Tabaco”

¿Cuántos cigarrillos fumas cada día?	No Fumo	10 o menos	Entre 11 y 20	Entre 21 y 30	31 ó más
¿Fumas más las primeras horas después de levantarte que el resto del día?	No Fumo	No	Si		
¿Cuánto tiempo transcurre desde que te levantas hasta que fumas tu primer cigarrillo?	No Fumo	Más 60 minutos	De 31 a 60 minutos	de 6 a 30 minutos	5 minutos o menos
¿Qué cigarrillo te costaría más renunciar al?	No Fumo	Primero del día	Cualquier otro		
¿Te resulta difícil dejar de fumar en los lugares donde está prohibido?	No Fumo	No	Si		
¿Sigues fumando cuando estás tan enfermo como para estar en cama?	No Fumo	No	Si		

ANEXO 4

“Cuestionario sobre Consumo de Alcohol”

¿Con que frecuencia tomas alguna “bebida” que contenga alcohol?	Nunca	Una o menos veces al mes	2 - 4 veces al mes	2 o 3 veces por semana	4 o más veces por semana
¿Cuántas “bebidas alcohólicas” tomaste durante un día típico donde has bebido? Si no tomas no contestes.	1 ó 2	3 ó 4	5 ó 6	7 a 9	10 ó más
¿Con que frecuencia tomas seis “bebidas” o más en un sola ocasión?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
¿Con que frecuencia en el último año has sentido incapacidad de parar de beber una vez comenzado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
¿Con que frecuencia durante el último año no pudiste hacer, algo que se esperaba de ti debido a la bebida?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
Durante el último año, ¿con que frecuencia necesitaste tomar alguna “bebida alcohólica” por la mañana para poder ponerte en funcionamiento después de una noche de haber bebido mucho?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
Durante el último año ¿con que frecuencia te sentiste culpable o con remordimientos después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
Durante el último año, ¿en cuántas ocasiones no fuiste capaz de recordar lo que le había pasado la noche anterior por haber estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
¿Tu u otra persona ha sufrido algún daño como consecuencia de que bebiste?	No	Sí, pero no en el último año	Sí, el último año		
¿Algún pariente, amigo, médico o profesional de la salud te ha expresado su preocupación por tu bebida o te ha sugerido dejar de beber?	No	Sí, pero no en el último año	Sí, el último año		

ANEXO 5

“Cuestionario sobre Autoconcepto”

Hago bien los trabajos escolares	1	2	3	4	5
Hago fácilmente amigos	1	2	3	4	5
Tengo miedo de algunas cosas	1	2	3	4	5
Soy muy criticado en casa	1	2	3	4	5
Me cuido físicamente	1	2	3	4	5
Mis profesores me consideran un buen estudiante	1	2	3	4	5
Soy una persona amigable	1	2	3	4	5
Muchas cosas me ponen nervioso	1	2	3	4	5
Me siento feliz en casa	1	2	3	4	5
Me buscan para realizar actividades deportivas	1	2	3	4	5
Trabajo mucho en el salón de clases	1	2	3	4	5
Es difícil para mí hacer amigos	1	2	3	4	5
Me asusto con facilidad	1	2	3	4	5
Mi familia está decepcionada de mí	1	2	3	4	5
Me considero elegante	1	2	3	4	5
Mis profesores me estiman	1	2	3	4	5
Soy una persona alegre	1	2	3	4	5
Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso	1	2	3	4	5
Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problemas	1	2	3	4	5
Me gusta como soy físicamente	1	2	3	4	5
Soy un buen estudiante	1	2	3	4	5
Tengo dificultades para hablar con desconocidos	1	2	3	4	5
Me pongo nervioso cuando me pregunta el profesor	1	2	3	4	5
Mis padres me dan confianza	1	2	3	4	5
Soy bueno haciendo deporte	1	2	3	4	5
Mis profesores me consideran inteligente y trabajador	1	2	3	4	5
Tengo muchos amigos	1	2	3	4	5
Me siento nervioso	1	2	3	4	5
Me siento querido por mis padres	1	2	3	4	5
Soy una persona atractiva	1	2	3	4	5

ANEXO 6

“Cuestionario sobre Funcionamiento Familiar”

	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre
¿Estás satisfecho/a con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes un problema?			
¿Conversan entre ustedes (familia) los problemas que tienen en casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
¿Estás satisfecho(a) con el tiempo que tu familia y tu pasáis juntos?			
¿Sientes que tu familia te quiere?			

ANEXO 7

“Consentimiento de los Centros”



Granada a 20 de febrero de 2013.

A/A del Sr/a Director/a del Centro:

Estimado Director/a:

Desde el Departamento de Didáctica de la Expresión Musical, Plástica y Corporal de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Granada, se están realizando un conjunto de estudios, encaminados al conocimiento de los hábitos saludables para su control y mejora en el ámbito de la actividad física en el alumnado de Segundo Ciclo de Secundaria; en estos momentos estamos centrados en conocer el estado de satisfacción, autoestima, motivación, hábitos saludables y preferencias físico-deportivas de centros educativos de la provincia de Granada.

El motivo por el que nos dirigimos a Vd. es para solicitar la colaboración de su Centro, y más concretamente de los cursos de Tercero y Cuarto de Secundaria, en el desarrollo de este programa de investigación.

Los datos que necesitamos analizar entre los alumnos/as, serán obtenidos a través de tres cuestionarios: uno de tipo sociodemográfico, un segundo que medirá la autoestima y hábitos físico-saludables y otro que analizará los climas motivacionales que se perciben en el alumnado hacia la Educación Física. Hemos de decir que todos los documentos son totalmente anónimos y los datos serán tratados únicamente por el equipo investigador, sin causar el menor riesgo para el alumno/a. No obstante ante cualquier duda o necesidad de aclarar más información quedamos a su entera disposición. La toma de datos no pasará de unos 15 minutos, por lo que agradeceríamos su cooperación en este proyecto.

Los trabajos serán coordinados por los profesores Dr. Félix Zurita Ortega (Universidad de Granada) y D. José Ignacio Álvaro González.

Los resultados obtenidos de este trabajo serán analizados durante el curso y la difusión de los mismos les será entregada en el momento de su discusión y posterior publicación.

Agradeciendo de antemano su colaboración, les saluda atentamente.

Pdo: Felix Zurita Ortega

Facultad de Ciencias de la Educación
Campus de Carrija s/n
18071 Granada
Tfno.: 958 24 39 54
Fax: 958 24 90 53
Correo Electrónico: dexpremu@ugr.es

Departamento de Didáctica de la
Expresión Musical, Plástica y Corporal

