



Pérez-Mármol, M.; Castro-Sánchez, M.; Chacón-Cuberos, R. (2023). Asociación entre autoconcepto y hábitos saludables en adolescentes de entorno rural. *Journal of Sport and Health Research*. 15(5):267-282. <https://doi.org/10.58727/jshr.83805>

Original

## ASOCIACIÓN ENTRE AUTOCONCEPTO Y HÁBITOS SALUDABLES EN ADOLESCENTES DE ENTORNO RURAL

## ASSOCIATION BETWEEN SELF-CONCEPT AND HEALTHY HABITS IN RURAL ADOLESCENTS

Pérez-Mármol, M.<sup>1</sup>; Castro-Sánchez, M.<sup>2</sup>; Chacón-Cuberos, R.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>*Máster en Intervención Psicopedagógica. Universidad de Granada (España)*

<sup>2</sup>*Departamento de Didáctica de la Expresión Musical, Plástica y Corporal. Universidad de Granada (España)*

<sup>3</sup>*Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación. Universidad de Granada (España)*

---

Correspondence to:  
**Mariana Pérez-Mármol**  
Universidad de Granada  
Facultad de Ciencias de la Educación  
Despacho 151.2  
Email: [marianapm@correo.ugr.es](mailto:marianapm@correo.ugr.es)

---

*Edited by: D.A.A. Scientific Section  
Martos (Spain)*



Received: 02/10/2020  
Accepted: 13/10/2021



## RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue describir las relaciones entre el autoconcepto multidimensional, la adherencia a la dieta mediterránea y el nivel de actividad física en adolescentes pertenecientes a un contexto rural de un pueblo de la provincia de Córdoba (España). El diseño de la investigación fue descriptivo-exploratorio, de corte transversal y ex post facto con una medición en un único grupo. La población de estudio, estuvo conformada por 191 alumnos del instituto Cumbres Altas, Nueva Carteya. Para la medición de las variables de investigación, se utilizó el cuestionario de autoconcepto (AF-5), el cuestionario para la actividad física (PAQ-A) y para la dieta (KIDMED). Los resultados reflejaron que existe correlación entre la mayoría de las dimensiones del autoconcepto, la actividad física y la adherencia a la dieta mediterránea, considerándose importante establecer hábitos de vida saludable con el fin de la creación de unos patrones adecuados, que se instaurarán a lo largo del futuro del adolescente. Es por ello que se considera necesario las acciones tendientes al mejoramiento del estilo de vida.

**Palabras clave:** Autoconcepto multidimensional, área rural, actividad física, salud, dieta mediterránea.

## ABSTRACT

The aim of this research was to describe the relationships between multi-dimensional self-concept, adherence to the Mediterranean Diet, and the level of physical activity in adolescents belonging to a rural context in a town in the province of Córdoba (Spain). The research design was descriptive-exploratory, cross-sectional and ex post facto with a measurement in a single group. The study population was made up of 191 students from the Cumbres Altas high school, Nueva Carteya. To measure the research variables, it was selected the self- concept questionnaire (AF-5), the questionnaire for physical activity (PAQ-A) and for diet (KIDMED). The results found a relationship between most of the dimensions of self- concept, physical activity and adherence to the Mediterranean Diet, so it is important to develop healthy living habits in order to create specific patterns, that will be established throughout its future. For this reason, actions aimed at improving the lifestyle are considered necessary.

**Keywords:** Multidimensional self-concept, rural area, physical activity, health Mediterranean diet.



## INTRODUCCIÓN

La etapa adolescente destaca por ser un periodo en el que convergen numerosos cambios a nivel físico, emocional, social y psicológico en los chicos y chicas, propiciando de este modo, variaciones en sus actitudes, motivaciones, pensamiento y conducta (Pinel et al. 2017; Waylen y Wolke 2004, citado por De la Torre, et al. 2017). Coincide cronológicamente con un momento del ciclo vital del ser humano, que abarca las edades desde los 10 a los 20 años (Vergara, 2020) y en el cual, es donde se construyen las bases de la identidad y personalidad. Por esta razón, se considera necesario estudiar aquellos factores que incidan en una mejora del bienestar y calidad de vida, con el fin de equilibrar la salud del adolescente en todos sus ámbitos. De este modo, se analiza la influencia del autoconcepto como factor psicosocial, y la relación, de la actividad física junto con la adherencia a la dieta mediterránea como ejes precursores de unos hábitos saludables en adolescentes de un contexto rural.

Escogiendo la referencia del lugar de residencia, se destacan las características socioeconómicas que pueden propiciar un desarrollo físico, emocional, psicológico distinto al de otro adolescente perteneciente a un área urbana. Según Osorio (2015), la calidad de vida es un concepto que abarca múltiples esferas de la vida, y en el que se da tanto una percepción del bienestar objetiva como subjetiva. En investigaciones de este autor, no se han encontrado diferencias significativas entre los adolescentes enclavados en zonas rurales de los urbanos. Es por ello, que se considera relevante continuar investigando en los distintos indicadores de salud.

En la actualidad, el autoconcepto no se contempla desde una perspectiva unidimensional ni jerárquica, sino más bien, desde un carácter multidimensional, dinámico y adquirido, el cual puede mejorar o no en función de cada experiencia o momento. García y Musitu (1999) validaron la correlación de las cinco dimensiones en las que el autoconcepto se subdivide: autoconcepto académico, autoconcepto familiar, autoconcepto social, autoconcepto emocional y autoconcepto físico (Revuelta et al., 2016).

De manera general, Álvaro (2015) lo define como la imagen que una persona tiene de sí misma, a nivel físico, social y espiritual, construida a partir de sus

relaciones sociales y por sus experiencias vividas, estando condicionada por la forma en la que se percibe y asimila toda la información proveniente del exterior. La autoestima, en cambio a pesar de ser un término que está estrechamente relacionado, se diferencia de este, en los atributos evaluativos y afectivos que la persona realiza de sí mismo (Sigüenza, et. al 2019). Por lo tanto, dependiendo del grado en el que se perciba, o positiva o bien, negativamente se verá repercutido en el estado de bienestar físico, emocional y mental que posea el adolescente (Chacón et al., 2018; Espejo et al., 2018).

Mahecha (2019) señala que la adolescencia es un buen momento para adquirir hábitos saludables de alimentación y ejercicio, ya que pueden contribuir a reducir la probabilidad de aparición de enfermedades crónicas en la edad adulta. La educación para la salud aporta un papel fundamental en la promoción de la calidad de vida, pues mediante la prevención y adopción de conductas beneficiosas, se contribuye a la creación de estilos de vida saludables, con el fin de alejar el desarrollo de futuras problemáticas. Concretamente, Salmerón (2020) denominó estilo de vida saludable, a aquellos modelos colectivos de conducta relacionados con la salud, que se basan en las tomas de decisiones que realiza la persona de acuerdo con sus posibilidades, en el que se incluyen patrones de alimentación saludable, no consumir droga y practicar diariamente ejercicio físico.

En cuanto a la práctica de actividad física, este se refiere a cualquier movimiento producido por el sistema musculoesquelético que implique un gasto energético, por mínimo que sea (Jurado et al. 2019). La actividad física, en este caso, abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas (OMS, 2016). La actividad física constituye un elemento esencial para preservar la salud (García-Ponce, 2020) es, una herramienta moduladora de la conducta a través del desarrollo de valores en adolescentes (Courel, 2019) y es capaz de influir en la imagen corporal y mejorar el autoconcepto de los adolescentes (Rees, 2013).

El establecimiento de unas pautas y recomendaciones mínimas, ha sido objeto de estudio en numerosas investigaciones, así como los números beneficios que



reporta su implementación diaria, OMS (2017). Las evidencias científicas en el campo de la salud, como se refleja en Mahecha (2019) disponen unas pautas recomendables, para edades entre 6 y 17 años, que son: realizar actividad física aeróbica, de moderada a vigorosa más de 60 minutos al día; realizar actividad física aeróbica vigorosa al menos 3 días a la semana; y fortalecimiento muscular, al menos 3 días a la semana. Según Mayorga et al. (2020) la indicación mínima en cuanto a pasos recomendados que sería la más apropiada para 60 minutos de actividad física moderada-vigorosa en adolescentes, variaban entre los 9.701 a los 11.500 pasos diarios en varones, y los 9.000 a los 9.701 en mujeres. En cuanto a las aplicaciones prácticas, Rosado, et al. (2020) señala la necesidad de favorecer la educación física escolar y extraescolar para perseguir la mejora de dichos hábitos, con la implementación de programas motivantes y lúdicos. Las principales razones para realizar actividad física a estas edades según Llamazares (2020) serían: los beneficios en el ámbito académico, la mejora de los hábitos saludables, el fomento de las relaciones sociales, así como la obtención de placer y diversión. Autores como, Alamdari y Abdi, (2019); Guillamón (2019); Rojas-Jiménez et al. (2020) y Fernández-Álvarez (2020) han mostrado la relación positiva entre los estudiantes que practican actividad física de forma habitual y que, por consiguiente, poseen mejor condición física, con la satisfacción corporal, mayor autoconcepto y mejores actitudes respecto a su aprendizaje. En la misma línea, estudios realizados en España concluyen, de igual forma que la práctica deportiva muestra una relación positiva sobre la mejora de la calidad de vida por los beneficios psicológicos y sociales que conllevan, además de mostrar una mejora en el campo del autocontrol y la regulación emocional (Rodríguez, et al. 2020). A pesar de esto, la tendencia actual de la sociedad y los patrones de comportamiento de los últimos años, están cambiando hacia un mayor sedentarismo en los niños y adolescentes, contribuyendo, por tanto, al aumento de padecer obesidad y sus consecuencias asociadas como son: riesgo de padecer diabetes, hipertensión, alteraciones respiratorias, o enfermedades cardiovasculares entre otras (Blázquez, 2019).

En relación con el patrón dietético, la dieta mediterránea se constituye como uno de los modelos

que mayores beneficios reportan para la salud (Chacón et al. 2016; Muros, et al. 2017). Según Castro, et al. (2014) se caracteriza por el consumo de verduras, frutas, hortalizas, legumbres, pescado, frutos secos y aceite de oliva, además de ser pobre en grasas saturadas y rica en antioxidantes. Se debe comentar en líneas generales, que la dieta mediterránea contempla no solo el patrón alimentario comentado, sino que también tiene cabida el gran interviniente social, y los aspectos gastronómicos (recetas, formas de cocinar, celebraciones, costumbres y productos típicos). Por su parte, Alfonso, et al. (2018) denomina al conjunto de este modelo, como la combinación de alimentos de agricultura local, recetas y métodos de cocción tradicionales de cada zona geográfica, que incluye la práctica de actividad física regular.

Se han realizado importantes estudios al respecto, uno de ellos es el estudio OBIN (Naranjo, et al. 2018), en el que se evaluaron los hábitos alimentarios a través de un estudio longitudinal (2011-2017). Asimismo, Rodríguez, et al. (2020), realizaron un análisis de regresión lineal multivariado, demostrando que, una alta actividad física y el consumo de una dieta mediterránea, está relacionado con el bienestar físico y una mejora del entorno escolar. De igual forma, Santos (2018) analizó la correlación entre la dieta mediterránea y el nivel de práctica de actividad física en adolescentes, siendo aquellos sujetos con mayor actividad diaria, los que presentaban un mayor seguimiento de esta dieta, además de mostrar una relación beneficiosa entre la adherencia a la dieta y la salud auto-percibida, obteniendo mejores resultados las chicas y los sujetos más activos físicamente, sin haber encontrado resultados significativos por el lugar de procedencia o localidad. Finalmente, los adolescentes que cumplieron con el patrón alimentario mediterráneo se observó que mediaba también en otros ámbitos como son: la calidad del sueño, en habilidades del lenguaje como la capacidad verbal aunque se ha de comentar que la mera adherencia al patrón alimentario no influía en el rendimiento académico. (Adelantado et al. 2018).

Hasta el momento, se ha incidido en la multitud de factores que van conformando la personalidad del adolescente (Schoeps, et al. 2019). En diversos estudios como los de Zurita et al. (2018), Rodríguez,



et al. (2020), Alfonso, et al. (2018) se han analizado las piezas clave que interactúan en la formación de dicho engranaje, y la relación existente con los hábitos saludables y factores psicosociales como el autoconcepto. En esta línea, este estudio establece como hipótesis que aquellos adolescentes que posean una mejor calidad de la dieta y mayores niveles de actividad física, desarrollarán un mejor autoconcepto, especialmente en la dimensión física, emocional y social.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### *Diseño y participantes*

El presente estudio muestra un diseño no experimental, cuantitativo, descriptivo-exploratorio y ex post facto, de corte transversal realizado en estudiantes de secundaria matriculados en el instituto de índole pública, IES Cumbres Altas, pertenecientes al curso académico 2019/2020. Desde una perspectiva geográfica, la muestra pertenece a un pueblo rural de la provincia de Córdoba, Nueva Carteya. La principal actividad económica por la que se caracteriza es la agricultura, en especial el cultivo del olivo, siendo el municipio más pobre de la comarca cordobesa, el tercero con la renta más baja en Andalucía y el decimotercero de toda España.

El número total de estudiantes matriculados en ese curso escolar, fueron de 229 alumnos, de los cuales 54 se repartían en dos clases de 1º (A y B), otros 54 en 2º (A y B), 74 alumnos en 3º (A, B y C) y 47 pertenecían a 4º de la ESO, divididos de nuevo en dos clases (A y B). Se obtuvo una muestra, de una medición en un único grupo, de 191 sujetos, que comprendían las edades entre los 12 y los 16 ( $M = 13,33$ ;  $DT = 5,77$ ). La muestra quedó distribuida, por tanto, en un 50,8% ( $n = 97$ ) chicos y un 49,2 % ( $n = 94$ ) chicas. Se realizó a través de un muestreo no probabilístico mediante la técnica por conveniencia, ya que permitía seleccionar aquellos sujetos accesibles que aceptasen ser incluidos en el estudio (Otzen y Manterola, 2017). Es por ello que se consideraron como tal a todos aquellos adolescentes que decidieron participar tomando en partiendo de la previa información del estudio. Los criterios de inclusión que se determinaron fueron: (a) Estar matriculado/a en algún curso de secundaria del IES Cumbres Altas en el curso 2019/2020; (b) Tener entre 12 y 17 años; (c) Tener la firma del consentimiento para el tratamiento de datos de

menores de edad. Los criterios de exclusión fueron: (a) Haber superado la mayoría de edad; (b) Que en cualquiera de las escalas validas no estuvieran bien cumplimentadas o crearan confusión (borrado o tachado); (c) Presentar algún tipo de patología o problema que impidiese la correcta cumplimentación del cuestionario elaborado. Finalmente, de un total de 229 alumnos que recibieron el cuestionario a papel en horario de clase, realizaron el mismo un total de 212 alumnos. De este total, se eliminaron un total de 21 cuestionarios al aplicar los criterios de exclusión, concretando finalmente, una muestra de 191 sujetos. Para la aplicación y desarrollo adecuado de los cuestionarios descritos se precisó de la revisión y transcripción por el investigador principal con el fin de asegurar un correcto tratamiento estadístico, así como evitar errores de omisión o comisión entre otros.

### *Instrumentos*

Cuestionario Autoconcepto Forma-5 (AF-5). Es un instrumento diseñado por García y Musitu (1999) pero fundamentado previamente por el modelo teórico de Shavelson et al. (1976). Está compuesto por 30 ítems en el que se puntúa a través de una escala tipo Likert de 5 opciones, donde 1 es “Nunca” y 5 es “Siempre”. Mide el autoconcepto multidimensional, es decir: Autoconcepto académico (ítems 1, 6, 11, 16, 21 y 26), Autoconcepto social (ítems 2, 7, 12, 17, 22 y 27), Autoconcepto emocional (ítems 3, 8, 13, 18, 23 y 28), Autoconcepto familiar (ítems 4, 9, 14, 19, 24 y 29) y Autoconcepto físico (ítems 5, 10, 15, 20, 25 y 30). La fiabilidad de esta escala quedó establecida en el estudio de García y Musitu (1999) obteniendo un coeficiente alpha de Cronbach de  $\alpha = 0,810$ , valor similar al resuelto en esta investigación con un coeficiente de  $\alpha = 0,750$ .

Test KIDMED. Este instrumento fue elaborado por Serra-Majem, et al. (2004), gracias al previo estudio en población de niños y adolescentes, denominado EnKid. Tras esto, se conformó el cuestionario KIDMED, compuesto por 16 preguntas diseñadas para valorar la adherencia que un sujeto mantiene respecto a la dieta mediterránea. Está catalogado con unas puntuaciones positivas (representa pautas de comportamiento alimentario propio de la dieta mediterránea) o negativas (el sujeto no se rige por esta dieta). Específicamente se divide en cuatro





preguntas que tienen connotación negativa (-1), mientras que los doce restantes se valoran con puntuación positiva (+1). El resultado es interpretado según esta clasificación: (a) de 8 a 12: dieta mediterránea óptima, es decir tiene un alto grado de adherencia; (b) de 4 a 7: Tiene un grado de adherencia medio, por lo que debería haber una necesidad de mejorar el patrón alimentario para adaptarlo al modelo mediterráneo; (c) de 0 a 3: Dieta de muy pobre calidad, por lo que posee un grado de adherencia a la dieta mediterránea muy bajo. La fiabilidad del instrumento determinada es de,  $\alpha = 0,854$ , siendo inferior el obtenido en esta investigación,  $\alpha = 0,531$ .

El cuestionario PAQ-A. Fue desarrollado por Martínez, et al. (2009) y quedó constituido por 9 preguntas en el que se evalúa la actividad física realizada por el adolescente durante los últimos siete días incluyendo: su tiempo libre, las clases de educación física, las clases extraescolares, y la actividad que haya realizado en el fin de semana. Las preguntas 1 a la 6 aportan información sobre el tipo de deporte, la 7 y 8 indican el nivel de actividad física, así como la frecuencia con la que lo realizó, y la pregunta 9 da información adicional y específica por si ha existido algún motivo que le impidiera realizar dicha actividad física con normalidad. Para finalizar, la estructura de registro es a través de una escala de Likert de 5 puntos, teniendo una consistencia interna de  $\alpha = 0,77$ , siendo  $\alpha = 0,879$  el obtenido en esta investigación.

#### *Procedimiento*

Para la colaboración de los participantes, se aportó una carta informativa donde se detallaba la naturaleza del estudio. Se necesitó, además, el consentimiento informado y aprobación para la recolección de datos a menores de edad por parte de los familiares. Dicho proceso se realizó vía online y telefónica con la dirección del centro. Una vez recibida la aprobación, se procedió con la aplicación de todas las escalas descritas con anterioridad de forma presencial y manual en el instituto, en un horario pactado con los profesores. Cabe destacar que este estudio se ha ceñido a la Declaración de Helsinki (modificación del 2008). Asimismo, se ha respetado el derecho de

confidencialidad de los participantes (Ley 15/1999 del 13 de diciembre).

#### *Análisis de los datos*

Para el análisis de los datos se emplearon los paquetes estadísticos IBM SPSS® 22.0 (IBM Corp, Armonk, NY, USA). En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo mediante el uso de frecuencias, medias, desviación típica y porcentajes. Y para un estudio relacional se usaron: tablas de contingencia, la prueba *t* de Student, el ANOVA de un factor para muestras independientes, la prueba de Bonferroni para relaciones inter-grupos y correlaciones bivariadas de Pearson. Para comprobar la significatividad entre las variables se empleó la prueba Chi-cuadrado de Pearson (.05\*; .01\*\*; .000\*\*\*). Por último, destacar que la fiabilidad interna de los instrumentos que se han empleado fue evaluada a través del alfa de Cronbach, estableciéndose un Índice de Confiabilidad del 95,5%.

#### **RESULTADOS**

La Tabla 1, muestra las diferencias del autoconcepto según los niveles de actividad física, en ella, se observan diferencias estadísticamente significativas en el autoconcepto familiar, siendo más elevado en aquellos alumnos que practicaron más actividad física ( $3,68 \pm 0,50$  vs.  $3,54 \pm 0,36$  vs.  $3,34 \pm 0,52$ ;  $p = 0,003$ ). También se observan diferencias significativas en el autoconcepto físico, siendo más elevado a medida que se incrementa la práctica de actividad física ( $4,02 \pm 0,77$  vs.  $3,50 \pm 0,75$  vs.  $2,61 \pm 0,73$ ;  $p = 0,000$ ). Finalmente, se muestran diferencias significativas en el autoconcepto global, el cual revelan mayores puntuaciones medias en los grupos que más actividad física realizaron ( $101,20 \pm 12,50$  vs.  $95,45 \pm 9,81$  vs.  $88,93 \pm 14,36$ ;  $p = 0,000$ ).

**Tabla 1.** Diferencias de autoconcepto según niveles de actividad física

	Nivel de AF	M	DT	F	Sig.
AA	Baja	3,29	0,91	0,431	0,650
	Media	3,30	0,89		
	Alta	3,50	0,90		
AF	Baja	3,34 <sup>b</sup>	0,52	6,105	0,003
	Media	3,54	0,36		
	Alta	3,68 <sup>b</sup>	0,50		
AS	Baja	3,45	1,27	0,960	0,385
	Media	3,61	0,46		
	Alta	3,67	0,42		
AFI	Baja	2,61 <sup>b</sup>	0,73	38,866	0,000
	Media	3,50	0,75		
	Alta	4,02 <sup>b</sup>	0,77		
AE	Baja	2,81	0,79	0,758	0,470
	Media	2,66	0,80		
	Alta	2,70	0,84		
AGLOBAL	Baja	88,93 <sup>b</sup>	14,36	10,352	0,000
	Media	95,45	9,81		
	Alta	101,20 <sup>b</sup>	12,50		

Nota 1: AA: Autoconcepto Académico; AF: Autoconcepto Físico; AS: Autoconcepto Social; AFI: Autoconcepto Físico; AE: Autoconcepto Emocional; AGLOBAL: Autoconcepto Global

Nota 2: <sup>b</sup>, Post hoc – Bonferroni para diferencias inter-grupos.

Atendiendo a los aspectos tratados en la Tabla 2, se muestran las diferencias del autoconcepto según el grado de adherencia a la dieta. De forma específica, se observan diferencias estadísticamente significativas en el autoconcepto físico, siendo más elevado en aquellos alumnos que tuvieron una adherencia a la dieta mediterránea alta y moderada respectivamente ( $3,49 \pm 0,87$  vs.  $3,11 \pm 0,86$ ;  $p = 0,003$ ). Además, también se encuentran diferencias

estadísticamente significativas en el autoconcepto social ( $3,44 \pm 0,54$  vs.  $3,64 \pm 0,51$ ;  $p = 0,012$ ) siendo, de igual manera, más elevado a medida que se tenía una mayor calidad en la dieta. Finalmente, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el autoconcepto global ( $96,48 \pm 9,81$  vs.  $100,28 \pm 12,50$ ;  $p = 0,036$ ) en el que, se observa que aumenta conforme más alta era la calidad y adherencia a la dieta mediterránea.

**Tabla 2.** Diferencias de autoconcepto según calidad de la dieta

	Calidad Kidmed	M	DT	F	Sig.
AA	Baja	0	0	1,763	0,186
	Media	3,25	0,85		
	Alta	3,42	0,95		
AF	Baja	0	0	1,558	0,214
	Media	3,46	0,46		
	Alta	3,54	0,41		
AS	Baja	0	0	6,372	0,012
	Media	3,44 <sup>b</sup>	0,54		
	Alta	3,64 <sup>b</sup>	0,51		
AFI	Baja	0	0	8,804	0,003
	Media	3,11 <sup>b</sup>	0,86		
	Alta	3,49 <sup>b</sup>	0,87		
AE	Baja	0	0	2,947	0,088
	Media	2,80	0,82		
	Alta	2,59	0,76		



AGLOBAL	Baja	0	0	4,452	0,036
	Media	96,48 <sup>b</sup>	9,81		
	Alta	100,28 <sup>b</sup>	12,50		

Nota 1: AA: Autoconcepto Académico; AF: Autoconcepto Físico; AS: Autoconcepto Social; AFI: Autoconcepto Físico; AE: Autoconcepto Emocional; AGLOBAL: Autoconcepto Global

Nota 2: <sup>b</sup>, Post hoc – Bonferroni para diferencias inter-grupos.

Por consiguiente, en la Tabla 3, se muestran las relaciones entre el autoconcepto, dieta y actividad física. Específicamente, se observan relaciones estadísticamente significativas y positivas en todas las dimensiones del autoconcepto con el valor global. Concretamente, de mayor a menor correlación se muestra el autoconcepto social ( $r = 0,643$ ;  $p < 0,01$ ), autoconcepto físico ( $r = 0,613$ ;  $p < 0,01$ ), autoconcepto académico ( $r = 0,612$ ;  $p < 0,01$ ), autoconcepto familiar ( $r = 0,511$ ;  $p < 0,01$ ), y autoconcepto emocional ( $r = 0,478$ ;  $p < 0,01$ ). En cuanto a las relaciones entre la adherencia a la dieta mediterránea y el autoconcepto, se muestran relaciones estadísticamente significativas y positivas, en tres de sus dimensiones, por lo que, a mayor adherencia a la dieta, mayor autoconcepto. Los datos muestran que concretamente, que a mayor adherencia a la dieta mediterránea mayor era el autoconcepto físico ( $r = 0,222$ ;  $p < 0,01$ ) del mismo modo, a mayor adherencia, mayor autoconcepto social ( $r = 0,173$ ;  $p < 0,05$ ) y, por último, a mayor adherencia a la dieta mayor, autoconcepto total ( $r = 0,131$   $p < 0,005$ ). Al contrario de lo interpretado hasta aquí, existe una relación estadísticamente significativa con una de las dimensiones, concretamente a mayor adherencia a la

dieta, el autoconcepto emocional bajaba ( $r = -0,163$ ;  $p < 0,05$ ). También es conveniente señalar, que en ninguno de los casos del autoconcepto académico ( $r = 0,089$ ) ni del autoconcepto familiar ( $r = 0,071$ ) se han encontrado relaciones significativas. De forma similar, se observa relaciones estadísticamente significativas y positivas entre la actividad física y todas las dimensiones del autoconcepto salvo con la dimensión del autoconcepto emocional, por lo que, a mayor actividad física, el autoconcepto emocional bajaba ( $r = 0,033$ ;  $p < 0,005$ ). En cambio, los resultados con valor positivo obtenidos de mayor a menor correlación, fueron: Cuanta más actividad física practicaban los adolescentes, mayor autoconcepto físico poseían ( $r = 0,562$ ;  $p < 0,01$ ), a mayor actividad física, mayor era el autoconcepto total ( $r = 0,389$ ;  $p < 0,01$ ), a mayor actividad física, mayor autoconcepto social ( $r = 0,332$ ;  $p < 0,01$ ), a mayor actividad física, mayor autoconcepto familiar ( $r = 0,273$ ;  $p < 0,01$ ), y por último, cuanto más actividad física practicaran, mayor adherencia a la dieta mediterránea mostraban ( $r = 0,220$ ;  $p < 0,01$ ). Para terminar, cabe destacar que no se han encontrado relaciones estadísticamente significativas entre autoconcepto académico y actividad física ( $r = 0,028$ ).

**Tabla 3.** Correlaciones bivariadas de Pearson entre las variables estudiadas

	AA	AF	AS	AFI	AE	KIDMED	AF
<b>ACGLOBAL</b>	0,612**	0,511**	0,643**	0,613**	0,478**	0,131	0,389**
<b>AA</b>	1	0,084	0,153*	0,079	0,211**	0,089	<b>0,028</b>
<b>AF</b>		1	0,375**	0,318**	0,052	0,071	0,273**
<b>AS</b>			1	0,447**	0,101	0,173*	0,332**
<b>AFI</b>				1	-0,103	0,222**	0,562**
<b>AE</b>					1	-0,163*	<b>-0,033</b>
<b>KIDMED</b>						1	0,220**

Nota 1: AA: Autoconcepto Académico; AF: Autoconcepto Físico; AS: Autoconcepto Social; AFI: Autoconcepto Físico; AE: Autoconcepto Emocional; AGLOBAL: Autoconcepto Global.





Nota 2: \* La correlación es significativa en el nivel 0,05; \*\* La correlación significativa en el nivel 0,01

## DISCUSIÓN

El presente estudio se centra en describir y establecer las relaciones entre el autoconcepto, la adherencia a la dieta mediterránea y el nivel de actividad física en adolescentes pertenecientes a un contexto rural de un pueblo de la provincia de Córdoba, coincidiendo de manera similar, con estudios desarrollados por Zurita, et al. (2018), Rodríguez, et al. (2020), y Alfonso, et al. (2018). Según lo reflejado en el análisis, la mayoría de alumnado posee niveles medios de autoconcepto, siendo una minoría quienes se movían entre niveles de autoconcepto alto y bajo. De este modo, los adolescentes mostraron tener unos niveles de autoconcepto global adecuados, cuestión que, según Padilla, et al. (2010), se vincula con el desarrollo de un buen ajuste psicológico, competencia personal y como consecuencia, una disminución de problemas comportamentales en un futuro, además de ser determinante para el bienestar de las personas y la calidad de vida (Penado y Rodicio-García, 2017). Este último autor, realizó una comparativa entre los adolescentes pertenecientes a un contexto rural y aquellos residentes en un contexto urbano, no encontrando diferencias significativas en la percepción de la calidad de vida que tenían, lo que puede ser explicado debido a la creciente igualdad de condiciones y oportunidades que presenta un país avanzado socioeconómicamente.

Respecto a los resultados obtenidos en las dimensiones del autoconcepto, han sido la social y la física donde se ha observado, comparados con el resto de áreas, que las puntuaciones han sido más elevadas. Esto puede interpretarse de forma que, a estas edades se les concede mayor importancia a las relaciones sociales entre iguales y existe una mayor preocupación y exaltación de la imagen corporal. Tal y como establecen (Gonçalves y Bedin, 2015) los círculos sociales en esta etapa, se convierten en un núcleo importante ya que les permiten descubrir: cómo son, cómo les gustaría ser, cuáles son sus valores o intereses, e indagar así, cuál sería su posición en la realidad y en la sociedad actual. Por otro lado, el nivel de actividad física en los adolescentes podría verse afectado por variables psicológicas como la percepción del autoconcepto o la imagen corporal (García-Ponce, 2020). En investigaciones como la de Muñoz (2015) o Salazar

(2008) demuestran la creciente preocupación por la apariencia física en edades comprendidas entre la preadolescencia y pubertad, afirmando que la autoimagen es para ellos tan importante como la percepción que creen que perciben otras personas de ellas. En cuanto al autoconcepto familiar, estudios como los de Estrada y Horta (2020) muestran la importancia de la percepción que tenga el adolescente respecto al clima social familiar ya que señalan una correlación directa y significativa entre el clima social familiar adecuado y un autoconcepto más elevado en todas sus dimensiones. Por el contrario, la dimensión emocional del autoconcepto ha sido aquella en la que los adolescentes de este estudio, poseen peores resultados, Baron, et al. (2014) aportan una diferenciación entre las chicas respecto a ellos, siendo el sexo femenino quien posee una mayor facilidad en la expresión de sus emociones, favoreciendo la interrelación entre su círculo social, familiar y profesores. También puede influir la maduración más precoz en ellas, permitiéndole así cierta ventaja respecto a ellos.

Respecto a la adherencia a la dieta mediterránea, se ha podido observar que ningún alumno ha obtenido un grado de pobreza en la calidad de su dieta, por lo que se puede concluir que, en este caso, todos los adolescentes del estudio poseen un grado de adherencia a la dieta mediterránea predominantemente “bueno”, aunque con valores muy similares a la escala “muy alta”, al igual que con investigaciones como las de Alonso, et al. (2014) y San Mauro, et al. (2015). En el análisis de los resultados, se encontraron correlaciones entre dos de las variables de investigación. Se observó que cuanto mayor adherencia a la dieta, mayor autoconcepto, coincidiendo con investigaciones llevadas a cabo por Serra-Majem, et al. (2004) y Alfonso, et al (2018). Concretamente, los datos mostraron que aquellos adolescentes que tenían una óptima calidad en su dieta, las dimensiones física, social y global del autoconcepto, aumentaban. Esto podría deberse a que una correcta alimentación y hábitos saludables están relacionados con una mejora de la percepción de sí mismo a nivel corporal, y social, entre otros. Y, por tanto, mayor aceptación por los demás y mayor autoconcepto global.



Sin embargo, en el caso de la dimensión emocional del autoconcepto, los resultados reflejan una correlación negativa, es decir cuando la adherencia a la dieta es de peor calidad, el autoconcepto emocional aumenta. Esto puede atribuirse a que el consumo de alimentos con características poco nutritivas, como dulces, refrescos o comidas altas en calorías, está normalizado y aceptado tanto emocional, como socialmente. En nuestra cultura, en la mayoría de eventos está inmersa la comida (celebraciones, festivos, reuniones...) estableciéndose consigo la asociación entre unas emociones más intensas y la ingesta de determinados alimentos, que normalmente son pocos saludables. Castillo, et. al (2007) relaciona un mayor consumo de alimentos insanos en los chicos respecto a las chicas. Cuestión que puede ser explicada al existir en ellas, mayores niveles de preocupación por su físico y por la ingesta de calorías, siendo, por tanto, la alimentación en las chicas más cuidada y controlada. Asimismo, Salazar (2008) destaca que esa focalización corporal y mayor insatisfacción física en las chicas respecto a los chicos, puede ser debido a que los modelos culturales estéticos son más exigentes e inflexibles en los parámetros para definir la belleza femenina.

En relación a la actividad física, las medias de adolescentes analizadas en esta investigación se mueven por unos niveles de actividad física moderada-baja, siendo solo uno de cada diez quienes tiene una actividad de alta intensidad. Respecto al sexo, los resultados revelaron que los chicos practicaban con mayor frecuencia actividad física que las chicas, aunque éstas obtuvieron resultados mejores en la intensidad que los chicos. De este modo, se asocia al sexo masculino una práctica de actividad física de mayor frecuencia a lo largo de la semana, pero de menor intensidad, coincidiendo con los resultados de investigaciones como las de Espejo et al. (2018). Por otro lado, también se debe comentar los hallazgos señalados por García (2006), quien asoció los motivos por los que predominantemente practicaban deporte los chicos y las chicas. Este autor, determinó que ellas realizaban actividad física por tratar de mejorar su aspecto físico y por la existencia de una mayor preocupación por su salud, mientras que ellos, practicaban deporte por cuestiones lúdicas, de recreación y de relación social. Vilhjalmsón y Kristjansdóttir (2003), explican en sus investigaciones que estos hechos se deben a los

continuos prejuicios y valores impuestos que existen en la sociedad actual, observándose cómo se atribuye ciertos deportes como el fútbol o la danza a un determinado sexo. Para terminar, se ha comprobado como un incremento de la práctica de actividad física, producía una mejora del autoconcepto físico, global, social y familiar, además de una mayor adherencia a la dieta mediterránea, contrastando de forma similar a las investigaciones llevadas a cabo por Martínez y González (2017) o Grao, et al. (2017). Grao-Cruces et al. (2013), señalaron de igual manera a los resultados obtenidos en este estudio, que los adolescentes que poseían una óptima adherencia a la dieta eran más activos físicamente que aquellos que tenían una pobreza o escasa adherencia al patrón dietético mediterráneo.

Respecto a la práctica deportiva y su influencia, se ha observado que las relaciones en el entorno familiar y social mejoraban por lo que, el autoconcepto familiar y social se ve beneficiada con la instauración de actividad física diaria. De este modo, se ha relacionado que los adolescentes que aumentan su deportividad, obtenían mejores resultados en el autoconcepto físico y global, siendo mejor cuanto más alta es la frecuencia e intensidad de la actividad física. Estudios similares, llevados a cabo por Vilhjalmsón y Kristjansdóttir (2003), demostraron la relación entre el círculo social y/o familiares que son activos, con una influencia positiva traducida en una mayor actividad física en el adolescente, siendo éste también más activo. Y, por el contrario, el tener un amigo inactivo estaba relacionado con un menor nivel de actividad física. Por otro lado, Wagner et al. (2004) afirmó que el estilo de vida de los padres influía en los hábitos de sus hijos de forma positiva o negativa, en función de lo saludables o no que sean los hábitos de los padres. López (2013) señala que la forma más eficaz de transmitir e instaurar valores y hábitos saludables a los hijos es dar buen ejemplo de ello, por lo tanto, es fundamental que las familias creen un contexto donde favorezcan prácticas con fines saludables, relacionadas con el ocio y el tiempo libre.

## CONCLUSIONES

Los resultados encontrados en el presente estudio indican que los adolescentes que presentan mayor autoconcepto general dedican más tiempo a la práctica de actividad física, siendo necesario, por lo



tanto, incidir en los programas destinados a un aumento del deporte a nivel escolar, extraescolar y social con el fin de promover en estas edades, un estilo de vida saludable. Respecto a la adherencia a la dieta mediterránea, la mayoría de adolescentes analizados poseen unos niveles de buena-muy buena calidad, resultando interesante la educación nutricional, no sólo en los colegios sino a nivel social mediante la publicidad veraz y promoción de una educación para la salud desde la prevención. Cabe señalar que la hipótesis de estudio se cumplió parcialmente, ya que el autoconcepto global y físico mejoraron con la calidad de la dieta y la actividad física, pero el autoconcepto emocional y social no mejoraron, pues solo hubo diferencias positivas en el autoconcepto familiar. Para terminar, se concluye con la gran importancia que tiene los hábitos saludables, en este caso con la unión de la actividad física y el mantenimiento de una dieta de calidad.

Hay que añadir, que este estudio no está exento de limitaciones, puesto que la naturaleza ex postfacto de esta investigación no permite realizar inferencias causales por lo que sería de interés, que futuras líneas de investigación profundizaran a este respecto mediante modelos multinivel y metodología de ecuaciones estructurales que permitan obtener información tanto de los y las adolescentes como de su contexto, así como ofrecer un modelo explicativo más exhaustivo del ajuste psicopersonal en esta etapa vital.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adelantado, M., Beltran, M.R., Esteban, I., Martínez, V., Santaliestra, A.M., y Moliner, D. (2019). The influence of adherence to the Mediterranean diet on academic performance is mediated by sleep quality in adolescents. *Acta Paediatrica*, 108, 339-346.
- Alamdari, N. N., y Abdi, K. (2019). The Impact of Physical Activity in the Control of Abnormal Behaviours of Iranian students. *Atena Journal of Sports Sciences*, 1(5), 1-11.
- Alfonso, R. M<sup>a</sup>., Álvarez, F., y Del Pozo, J. (2018). Adherencia a la dieta mediterránea, el rendimiento académico y el nivel de actividad física en edad escolar. *Science Sports Journal*, 4 (2), 255-268.
- Alonso, F.J., Carranza, M.D., Rueda, J.D., y Naranjo J. (2014). Composición corporal en escolares de primaria y su relación con el hábito nutricional y la práctica reglada de actividad deportiva. *Revista Andaluza de Medicina del Deporte*, 7(4),137-42.
- Álvaro, J. (2015). *Análisis del autoconcepto en relación con factores educativos, familiares, físico y psicosociales en adolescentes de la provincia de Granada*. (Tesis Doctoral). Universidad de Granada.
- Baron, A., Schmander, T., Cvencek, D., y Meltzoff, A.N. (2014). The gendered self-concept: How implicit gender stereotypes and attitudes shape self-definition. En P.J Leman & 110
- H.R Tenenbaum (Eds.), *Gender and development* (pp. 109-132). East Sussex, Inglaterra:Psychology Press.
- Barrera-Herrera, A., y Vinet, E. (2017). Adulter Emergente y características culturales de la etapa en universitarios chilenos. *Terapia Psicológica*, 35(1), 47-56.
- Blázquez, D. (2019). *Obesidad y sedentarismo infantil ¿Qué hacemos? propuestas y actividades para la edad escolar*. Barcelona: Inde.
- Castillo, I., Balaguer, I., y García, M. (2007). Effects of physical activity and sport on healthy lifestyles in adolescence according to gender. *Revista de Psicología del Deporte*, 16(2), 201-210
- Castro, I., Román, B., y Serra-Majem, L. (2014). The Mediterranean diet and nutritional adequacy: a review. *Nutrients*. 6(1), 231-48.
- Chacón-Cuberos, R., Castro-Sánchez, M., Muros-Molina, J. J., Espejo-Garcés, T., Zurita-Ortega, F., y Linares-Manrique, M. (2016). Adhesión a la dieta mediterránea en estudiantes universitarios y su relación con los hábitos de ocio digital. *Nutrición Hospitalaria*, 33(2), 405-410.



13. Chacón, R., Zurita, F., Ubago, J. L., González, G., y Sánchez, M. (2018). Condición física, dieta y ocio digital según práctica de actividad física en estudiantes universitarios de Granada. *Revista EuroAmericana De Ciencias Del Deporte*, 7(2), 7-12.
14. Chacón-Cuberos, R., Ramírez-Granizo, I., Ubago-Jiménez, J.L., y Castro-Sánchez, M. (2020). Autoconcepto multidimensional en estudiantes universitarios según factores sociales y académicos. *Journal of Sport and Health Research*. 12(Supl 2), 107-116.
15. Courel J., Sánchez, B., Gómez, A., Valero, A., y Moreno, J. (2019). The moderating role of sportsmanship and violent attitudes on social and personal responsibility in adolescents. A clusteringclassification approach. *PloS one*, 14(2), e0211933.
16. Curtis, C. (2015). Defining adolescence. *Journal of Adolescent and Family Health*, 7, 2 (2).
17. De la Torre, M., Ruiz, A., López, S., y Martínez, E. (2017). Transformational parenting style is positively related with physical self-concept during early adolescence. *Retos*, 0(34), 3-7.
18. Esnaola, I., Goñi, A. y Madariaga, J.M. (2008). El autoconcepto: Perspectivas de investigación. *Revista de Psicodidáctica*, 13(1).
19. Espejo, T., Zurita, F., Chacón, R., Castro, M., Martínez, A. y Pérez, A. J. (2018). Actividad física y autoconcepto: dos factores de estudio en adolescentes de zona rural. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y Deporte*, 13(2), 203-204.
20. Estrada, E., y Horta, M. (2020). Clima social familiar y autoconcepto en estudiantes de una institución educativa estatal. *Revista Científica De Ciencias De La Salud*, 13(1), 37 - 43.
21. 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.
22. Fernández-Álvarez, L.E., Carriedo, A., y González, C. (2020). Relaciones entre el autoconcepto físico, la condición física, la coordinación motriz y la actividad física en estudiantes de secundaria. *Journal of Sport and Health Research*, 12(supl 3), 259-270.
23. Fernández-Guerrero, M., Feu-Molina, S., y Suárez-Ramírez, M. (2020). Autoconcepto físico en función de variables sociodemográficas y su relación con la actividad física. *Cultura, Ciencia y Deporte*, 15(44), 189-199.
24. García-Ponce, A. Alfonso-Asencio, M., Courel-Ibáñez, J., y Sánchez-Alcaraz, B.J. (2020). Influencia del estado de protección familiar la imagen corporal, el autoconcepto y el nivel de actividad física en adolescentes. *EmásF, Revista Digital de Educación Física*, 62, 106-117.
25. García, F. y Musitu, G. (1999). *AF5: Autoconcepto Forma 5*. Madrid: TEA Ediciones.
26. Gómez A., Martínez, J., y del Pilar Mahedero, M. (2013). Insatisfacción y distorsión de la imagen corporal en adolescentes de doce a diecisiete años de edad. *Ágora para la Educación Física y el Deporte*, 15(1), 54-63.
27. Gonçalves, S. y Bedin, L. M. (2015). Bienestar, salud e imagen corporal de adolescentes brasileiros: la importancia de los contextos familiar, de amistad y escolar. *Universitas psychologica*, 14 (4), 1399-1410.
28. Grao, A., Fernández, A. y Nuviala, A. (2017). Asociación entre condición física y autoconcepto físico en estudiantes españoles de 12-16 años. *Revista Lationamericana de Psicología*, 49, 128-136.
29. Grao, A., Nuviala, A., Fernández, A., Porcel, A., Moral, J., y Martínez, E. (2013). Adherencia a la dieta mediterránea en adolescentes rurales y urbanos del sur de España, satisfacción con la vida, antropometría y actividades físicas y





- sedentarias. *Nutrición Hospitalaria*, 28(4), 1129–1135.
30. Guillamón, A. R. (2019). Revisión bibliográfica de la relación entre condición física y autoconcepto. *Journal of sport and health research*, 11(2), 117-128
  31. Jurado-Castro, J. M., Llorente-Cantarero, F. J. y Gil-Campos, M. (2019). Evaluación de la actividad física en niños. *Acta Pediátrica Española*, 77(5/6), 94-99.
  32. López, 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 Tungurahua*. (Tesis Doctoral). Universidad de Ambato, Ecuador.
  33. Mahecha, M. (2019). Recomendaciones de actividad física. *Revista De Nutrición Clínica Y Metabolismo*, 2(2).
  34. Martínez, D. y González, J. (2017). Autoconcepto, práctica de actividad física y respuesta social en adolescentes: Relaciones con el rendimiento académico. *Revista Iberoamericana de Educación*, 73(1), 87-108.
  35. Martínez, D., Martínez-de-Haro, V., Pozo, T., Welk, G., Villagra, A., Calle, M., Marcos, A. y Veiga, O. (2009). Fiabilidad y validez del cuestionario de actividad física PAQ-A en adolescentes españoles. *Revista española de salud pública*, 83, 427-439.
  36. Mayorga, D., Casado, C., Campos, E., y Guijarro, S. (2020). ¿cuál es el mejor umbral de pasos para alcanzar las recomendaciones diarias de actividad física? *Revista Internacional de Deportes Colectivos*, 41, 33-36.
  37. Muros, J., Cofré, C., Arriscado, D., Zurita, F., y Knox, E. (2017). Mediterranean diet adherence is associated with lifestyle, physical fitness, and mental wellness among 10-y-olds in Chile. *Nutrition*, 35, 87-92.
  38. Muñoz, D. (2015). *Insatisfacción corporal y práctica de actividad física y deportiva en adolescentes de Gipuzkoa*. (Tesis doctoral). Universidad del País Vasco.
  39. Naranjo, J., Alonso, F., Carranza, M., y Rueda, J. (2018). Hábitos nutricionales y de actividad física en escolares de educación primaria: datos del estudio longitudinal «OBIN» 2011- 2017. *Revista Andaluza de Medicina del Deporte*, 11(4), 199-204.
  40. Organización Mundial de la Salud. (2016). ¿Qué es la promoción de la salud? Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>.
  41. Organización Mundial de la Salud (2017). Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
  42. Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232
  43. Ortega, C., Álvaro, I., Fernández, S. y Pérez, J. (2016). Autoconcepto, actividad física y familia: Análisis de un modelo de ecuaciones estructurales. *Revista de Psicología del Deporte*, 25 (1), 97–104.
  44. Osorio, K. (2015). Calidad de vida de adolescentes de zonas urbana y rural: comparación de la calidad de vida de adolescentes de Zonas Urbana y Rural de la Provincia de García Rovira, Santander.
  45. Padilla, M.T., García, S. y Suárez, M. (2010). Diferencias de género en el autoconcepto general y académicos de estudiantes de 4º de E.S.O. *Revista de Educación*, 352, 495-515.
  46. Penado, M., y Rodicio-García, M. L. (2017). Análisis del autoconcepto en las víctimas de violencia de género entre adolescentes. *Suma psicológica*, 2(4), 107–114
  47. Rees, R., Carid, J., Dickson, K., Vigurs, C. y Thomas, J. (2013). The views of Young people



- in the UK about obesity, body size, shape and weight: a systematic review. (pp. 118-142). London: EPPI- Centre
48. Revuelta, L., Rodríguez, A., Ruiz de Azúa, U., y Ramos-Díaz, E. (2016). Autoconcepto multidimensional: medida y relaciones con el rendimiento académico. *Revista Internacional de Evaluación y Medición de la Calidad Educativa*, 2(1), 14-23.
  49. Rodríguez, J., Iglesias, A. y Molina, J. (2020). Evaluación de la práctica de actividad física, la adherencia a la dieta y el comportamiento y su relación con la calidad de vida en estudiantes de Educación Primaria. *Retos*, 38, 129-136
  50. Rodríguez, M. y Ruiz, M. (2008). Atenuación de la asimetría y de la curtosis de las puntuaciones observadas transformaciones de variables: Incidencia sobre la estructura factorial. *Psicológica*, 29(2), 205-227.
  51. Rojas-Jiménez, M., Zurita-Ortega, F., y Castro-Sánchez, M. (2020). Asociación entre el autoconcepto y la práctica de actividad física en escolares de granada. *Journal of Sport and Health Research*, 12(2), 188-199.
  52. Rosado, R., Fernández, I., y López, M. (2020). Evaluación de la práctica de actividad física, la adherencia a la dieta y el comportamiento y su relación con la calidad de vida en estudiantes de Educación Primaria. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (38), 24.
  53. Salazar, Z. (2008). Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Reflexiones*, 87 (2), 67-80.
  54. Salmerón, R. (2020). *Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la escala de valoración del estilo de vida saludable adquirido*. (Tesis doctoral). Universidad de Castilla la Mancha.
  55. San Mauro, I., Megías, A., García, B., Bodega, P., Rodríguez, P., Grande, G., Micó, V., Romero, E., García, N., Fajardo, D., y Garicano, E. (2015). Influencia de hábitos saludables en el estado ponderal de niños y adolescentes en edad escolar. *Nutrición Hospitalaria*; 31(5),1996-2005.
  56. Santos, M. (2018). Dieta mediterránea en adolescentes: relación con género, localidad de residencia, nivel de actividad física y salud autopercebida. *Nutrición Clínica y Dieta Hospitalaria*, 38(2), 86-91
  57. Schoeps, K., Tamarit, A., González, R., y Montoya-Castilla, I. (2019). Competencias emocionales y autoestima en la adolescencia: impacto sobre el ajuste psicológico. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6 (1), 51-56
  58. Serra-Majem, L., Ribas, L., Ngo, J., Ortega, R., García, A., Pérez, C., y Aranceta, J. (2004). Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *Public Health Nutrition*, 556, 931-5.
  59. Shavelson, J., Hubner, J.J., y Stanton, G.C. (1976). Self-concept: validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46(3), 407-442
  60. Siguenza, W., Quezada, E., y Reyes, M. (2019). Autoestima en la adolescencia media y tardía. *Revista Espacios*, 40(15).
  61. Tornero, I. (2013). *Imagen Corporal y actitudes hacia la obesidad en el alumnado y profesorado de Educación Física de Secundaria Obligatoria de la provincia de Huelva*. (Tesis doctoral). Universidad de Huelva.
  62. Vergara L. (2020). Imagen corporal y redes sociales en jóvenes de sexo femenino en etapa de adolescencia temprana. Santiago, Chile: Universidad de Chile.
  63. Vilhjalmsson R., y Kristjansdottir G. (2003). Differences in physical activity in older children and adolescents: the central role of organized sport. *Social Science and Medicine*, 56, 363-74.
  64. Wagner, A., Klein, C., Arveiler, D., Haan, M.C., Schlienger, J.L., y Simon, C. (2004). Parentchild





- physical activity relationships in 12-year old French students do not depend on family socioeconomic status. *Diabetes Metabolic*, 30, 359-66.
65. Waylen, A. y Wolke, D. (2004). Sex'n'drugs'n'rock'n'roll: el significado y las consecuencias sociales del momento de la pubertad. *Revista europea de endocrinología*, 151.
66. Zurita, F., Álvaro, J. I., Castro, M., Knox, E., Muros, J. J., y Viciano, V. (2016). The influence of exercise on adolescent's self-concept. *International Journal of Sport Psychology*, 47(1), 67-80.
67. Zurita, F., Castro, M., Álvaro, J. I., Rodríguez, S., y Pérez, A. J. (2016). Autoconcepto, Actividad física y Familia: Análisis de un modelo de ecuaciones estructurales. *Revista de Psicología del Deporte*, 25 (1), 97-104.
68. Zurita, F., Ubago, J. L., Puertas, P., González, G., Castro, M., y Chacón, R. (2018). Niveles de actividad física en alumnado de Educación Primaria de la provincia de Granada. *Retos*, (34), 218-221.

