

Relación entre variables psicosociales y la salud percibida

Igor Esnaola, Guillermo Infante*, Arantzazu Rodríguez* y Eider Goñi*

RELATIONSHIP BETWEEN PSYCHOSOCIAL VARIABLES AND PERCEIVED HEALTH

KEYWORDS: physical self-concept, body mass index, physical activity, perceived health, descriptive survey study.

ABSTRACT: The purpose of this study was to analyse the relationships among physical self-concept, body image, body mass index and physical activity and perceived health. The sample was composed of 518 subjects between 19.4 and 49.7 years of age ($M = 30.79$ years old; $SD = 9.24$), of whom 301 were female (58.1%) and 217 male (41.9%). The results show that the subjects who showed a better physical self-concept were healthier than the subjects who had a low physical self-concept and believed that their health was not good. Bearing in mind the multiple logistic regression, the results show that *physical self-concept* is significantly related to the perception of health in females and males. In females, two subdomains - *physical condition* and *attractiveness* - are related to perception of health.

Correspondencia: Igor Esnaola Etxaniz. Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación. Avenida de Tolosa, 70. 20018, San Sebastian. E-mail: igor.esnaola@ehu.es

* Universidad del País Vasco

— Fecha de recepción: 9 de Diciembre de 2009. Fecha de aceptación: 10 de Febrero de 2011.

La concepción unidimensional y global del autoconcepto, predominante durante décadas, dejó paso desde mediados de los años setenta del pasado siglo a una concepción multidimensional y jerárquica del mismo (Esnaola, Goñi y Madariaga, 2008). El autoconcepto físico figura habitualmente como uno de los dominios del autoconcepto y ha estado usualmente representado por los subdominios de apariencia física y habilidad física (Marsh y Shavelson, 1985). Sin embargo, otros autores (Fox y Corbin, 1989), señalan que el autoconcepto físico está compuesto por los subdominios de competencia deportiva, condición física, atractivo físico y fuerza.

En los últimos años el interés por la apariencia y la imagen corporal ha alcanzado proporciones sin precedentes, conduciendo la obsesión por el cuerpo perfecto a una tiranía de la belleza (Gervilla, 2002). Y esto no es lo peor, sino que además la belleza exterior no sólo se ve como sinónimo de éxito, felicidad, etc. sino que es destacable porque se suele asociar a la salud, y por tanto la obesidad es de poca salud (Raich, 2000). Cada vez se da una mayor importancia a la valoración que los individuos hacen sobre su estado de salud, y se entiende como un buen predictor del estado de salud real (Castro, Espinosa, Rodríguez y Santos, 2007). Estudios con población adulta han demostrado que la percepción de la salud puede predecir la mortalidad y el uso de los servicios sanitarios (Larsson, Hemmingsson, Allebeck y Lundberg, 2002; Manderbacka 1998), y destaca el número creciente de estudios que analizan el estado de salud autopercebido. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como "... un estado de completo bienestar físico, psicológico y social y no meramente la ausencia de enfermedad" (OMS, 1948, p. 100). Si bien es cierto que

una gran obesidad favorece enfermedades y algunas de ellas graves, lo contrario no es cierto: cuanto más delgado más saludable, ni mucho menos. La grasa acumulada en torno a órganos vitales es más peligrosa que la que tenemos bajo la piel. Un cierto nivel de sobrepeso correlaciona con longevidad (Bell, 2007). También se ha visto que las personas muy delgadas suelen morir antes que las que no lo son tanto (Raich, 2000).

Algunos estudios actuales intentan destruir esta creencia de que la "delgadez corporal" sea sinónimo de salud; ser delgado no significa automáticamente que no se es gordo (Bell, 2007). Según Bell, la totalidad de la noción sobre la gordura debe ser redefinida. Sin un síntoma claro de gordura, como la acumulación de grasa en la cintura, los médicos temen que las personas delgadas puedan creer falsamente que ya no tienen exceso de peso, es decir, que son sanas. Incluso las personas con un índice de masa corporal (a partir de ahora IMC) normal pueden tener niveles sorprendentes de grasa depositada en su interior. Entre las mujeres examinadas por Bell y sus colegas, el 45% de las que poseían un IMC normal (de 20 a 25) tenían niveles excesivos de grasa interna, encontrando casos de este tipo incluso entre modelos profesionales. Entre los hombres, la proporción fue casi del 60%. Modelos de alta costura pueden tener más grasa acumulada en torno a los órganos internos que personas con altos índices de masa corporal. De hecho, imágenes tomadas a luchadores de sumo japoneses con índices de masa corporal de hasta 56 mostraban muy poca grasa interna (Bell, 2007). Su grasa estaba almacenada bajo la piel y, en contra de los que muchos pensaban, tenían muy poca grasa visceral.

De acuerdo con estas nuevas estadísticas Bell considera estas personas TOFIs (*thin*

outside, fat inside; delgadas por fuera, gordas por dentro). Según Bell, las personas gordas en su interior están al umbral de la obesidad. De hecho, es peor para la salud que esa otra grasa, más antiestética y visible, que acumulamos bajo la piel.

Sin embargo, la mayoría de los especialistas cree que mantener un peso normal es una señal de buena salud, y el IMC sigue siendo un indicio muy confiable. Ahora bien, aunque los médicos valoren el cociente altura/peso como indicador de salud, lo realmente importante puede ser averiguar la "composición corporal"; la tecnología de resonancia magnética demuestra que la apariencia física puede ser engañosa (Bell, 2007).

Las personas que son obesas pero tienen una actividad física mínima con una periodicidad diaria tienen menor riesgo de desarrollar cualquier tipo de enfermedad cardiovascular e incluso de diabetes que individuos que son delgados pero se mantienen inactivos. Las personas activas almacenan la grasa corporal bajo la piel, mientras que las inactivas tienden a acumularla en torno a los órganos internos, lo que es mucho más peligroso. Según Bell (2007), si alguien sólo quiere estar delgado, puede que la dieta sea suficiente; pero si quiere estar saludable, el ejercicio tiene que ser un componente importante de nuestros hábitos de vida. La actividad física está asociada a una vida más saludable y más larga (Lee, Paffenbarger y Hennekens, 1997). La inactividad física está reconocida como uno de los principales factores de riesgo de enfermedad en la sociedad occidental; su prevalencia es más elevada que la de todos los demás factores de riesgo modificables (OMS, 2002).

En cuanto a los estudios que han relacionado la percepción de la salud con la imagen corporal, sugieren que la apariencia

física y la imagen corporal pueden influir en la percepción de la salud en la adolescencia (Meland, Haugland y Breidablik, 2007), siendo los adolescentes que están insatisfechos con sus cuerpos los que suelen percibir su salud más pobremente, y muestran más depresión, baja autoestima y bajo funcionamiento social (Field, 2004).

En un estudio con jóvenes adultos (18-34 años) suecos se encontró que la obesidad y el sobrepeso estaban asociados con una percepción negativa de la salud (Hagquist, 1998). En la misma dirección, se señala que la diferencia entre el peso actual y el deseado es un predictor más potente de la salud física y psicológica que el índice de masa corporal (ver por ej. Gázquez et al Muening, Jia, Lee y Lubetkin, 2008). Estos autores señalan que sus resultados confirman la posibilidad de que algunos efectos de la epidemia de la obesidad en la salud están relacionados con la manera en la que percibimos nuestros cuerpos. En función del sexo, diferentes estudios señalan que las mujeres tienen peor salud percibida que los hombres (Vélez, López y Rajmil, 2009).

En cuanto a la relación entre el autoconcepto físico y la salud percibida no se conocen estudios realizados con población adulta. En la adolescencia, se ha encontrado una clara asociación entre ellos; es decir, los sujetos con un alto autoconcepto físico eran los que demostraban una elevada salud percibida (Rodríguez, Goñi y Ruiz de Azúa, 2006), encontrándose diferencias estadísticamente significativas en todos los subdominios del autoconcepto físico. En la misma dirección Park (2006) encontró que un autoconcepto alto tenía un efecto positivo en la percepción de la salud de las chicas (Dieppa, Machargo, Lujan y Guillén, 2008).

Por otro lado, la relación entre la práctica de actividad físico-deportiva y la salud física y

psicológica es un tema que viene despertando un gran interés entre los investigadores, siendo muchos los estudios que confirman que la actividad física está relacionada con la salud tanto física (Berlin y Colditz, 1990; Bouchard, Shepard, Stephens, Sutton y McPherson, 1990) como psicológica (Biddle y Mutrie, 2001; Biddle, Fox y Boutcher, 2000; Gázquez, Martí, Roura, Blasco y Capdevila, 1992; Jiménez, Martínez, Miró y Sánchez, 2008; Netz, Wu, Becker y Tenenbaum, 2005) tanto en la en la adolescencia (Pastor, Balaguer, Pons y García-Merita; Sallis, Prochaska y Taylor, 2000; Thorlindsson, Vilhjalmsson y Valgeirsson, 1990), en estudiantes universitarios (Jiménez et al., 2008) y adultos (de Godoy, 2001; Fylkesnes y Forge, 1991; Lamb, Dench, Brodie y Roberts, 1988; Pintanel y Capdevila, 1999). Las personas que realizan ejercicio regularmente tienden a percibirse más saludables, con menor nivel de estrés y mejor estado de ánimo (Jiménez et al., 2008).

Finalmente, parece ser que no se encuentra relación entre la salud percibida y diagnósticos objetivos. En el estudio de Castro et al., (2007) ninguno de los factores utilizados como variables independientes (mortalidad, morbilidad hospitalaria, accidentalidad laboral y consumo de medicamentos) es significativo para explicar el estado de salud percibido de los españoles. El estado de salud de las personas no determina cómo se sienten, lo que nos permite preguntarnos si cuando la gente dice que está sana, lo está realmente; podemos suponer que la relación entre la salud percibida y la salud real está mediada por otras variables, como puede ser la personalidad (Goodwin y Ångstrom, 2002) o de aspectos sociodemográficos (Navarro y Biedma, 2005), como la edad, el sexo, el estado civil o el nivel de estudios (Castro et al., 2007). En el estudio de Piko (2000) se

observó que los mejores predictores de la salud autopercebida de una muestra de estudiantes eran el bienestar psicológico, las conductas de actividad física, los episodios de enfermedad aguda y la frecuencia de síntomas psicosomáticos.

A partir de las consideraciones precedentes, en este estudio se plantea utilizar algunos de esos indicadores subjetivos, como por ejemplo el autoconcepto físico. Se examina el vínculo entre el autoconcepto físico, el IMC y la actividad físico-deportiva con la salud percibida. La relación entre el constructo autoconcepto físico y la salud percibida no tiene tradición, ya que normalmente la percepción de la salud se ha estudiado con el constructo imagen corporal (o teniendo en cuenta la apariencia física), y los estudios previos que han utilizado el autoconcepto físico se han centrado en la edad adolescente. Por tanto, la aportación más novedosa de este estudio radica básicamente en explorar dicha relación en la edad adulta, teniendo en cuenta asimismo, la necesidad de analizar no únicamente las relaciones entre la percepción de la salud y el autoconcepto físico general, sino tener en cuenta los diferentes subdominios específicos (habilidad física, condición física, atractivo y fuerza), para observar si es el atractivo físico el subdominio que con mayor probabilidad puede estar relacionado con la percepción de la salud, o si los demás subdominios también pueden estar relacionados.

Las hipótesis que se establecen son las siguientes: 1) Las personas que tienen un autoconcepto físico positivo se percibirán como personas más saludables que las personas que tienen un autoconcepto físico negativo; 2) Las personas que se perciben con buena salud tendrán un índice de masa corporal más bajo que las personas que perciben su salud negativamente; y, 3) El

autoconcepto físico (sobre todo el atractivo), la actividad física y el índice de masa corporal estarán significativamente relacionados con la percepción de la salud.

Método

Participantes

La muestra de esta investigación está compuesta por 518 personas adultas entre los 19.4 y 49.7 años de edad ($M = 30.79$ años; $DE = 9.24$), 301 mujeres (58.1%) y 217 varones (41.9%). La muestra está integrada por un lado por estudiantes de la Universidad del País Vasco (Escuela Universitaria de Magisterio, y Facultades de: Filosofía y Ciencias de la Educación, Psicología, Empresariales, Informática, Derecho e IVEF); y por otro lado se contacta con centros cívicos, grupos de gimnasia, manualidades, etc.

Material e Instrumentos

Autokontzeptu Fisikoaren Itauketa (AFI; Esnaola, 2005): Se trata de un cuestionario en lengua vasca de reciente creación desarrollado para medir el autoconcepto físico que tiene como base el modelo cuatridimensional del autoconcepto físico de Fox (1988), el cuál contempla los cuatro siguientes subdominios: competencia deportiva, condición física, atractivo físico y fuerza. El AFI consta de un total de 30 ítems, cinco por cada una de las seis escalas que lo componen: habilidad física (la competencia deportiva de Fox), condición física, atractivo físico, fuerza, autoconcepto físico general y autoconcepto general. Como se indica, además de las cuatro escalas específicas para medir los subdominios del autoconcepto físico, se añadieron dos escalas de orden superior: el autoconcepto físico general, a pesar de que en algunos cuestionarios se prescinde de ella asumiendo que la

media de las puntuaciones obtenidas en las subescalas específicas ofrece de por sí una medida del autoconcepto físico general; y, una escala de autoconcepto general, por la oportunidad, de gran interés informativo de contar con una medida complementaria de dicho constructo. El formato de respuesta es una escala Likert de cinco grados, donde 1 significa Falso y 5 es igual a Verdadero, de modo que a mayor puntuación mayor nivel de autoconcepto; el rango de puntuación para cada escala se encuentra entre 5 y 25 puntos. Para la medición de la consistencia interna del cuestionario se utilizó el Alpha de Cronbach, con resultados muy satisfactorios, que oscilan entre el $\alpha = .83$ de la escala fuerza y el $\alpha = .89$ de la escala habilidad física. En el Anexo se exponen algunos ejemplos de los ítems que componen el AFI.

Registro de la salud percibida: Se utiliza un cuestionario introductorio en el que se pregunta a los participantes sobre algunos hábitos de vida sobre el consumo y/o percepción de la alimentación, drogas, sueño, práctica de actividad física, etc. En cuanto a la salud percibida se les pregunta cómo creen que es su salud, con cuatro respuestas posibles: a) muy saludable; b) bastante saludable; c) no muy saludable; y, d) nada saludable. Sin embargo, a la hora de analizar los resultados se reagrupan a los sujetos en dos categorías, juntando los primeros dos grupos como los sujetos que perciben su salud de manera Positiva, y los dos grupos finales en los que la salud percibida es más bien Negativa. A los participantes del estudio se les indica que el concepto de salud se refiere no sólo a la ausencia de afecciones o enfermedades, sino a un estado de bienestar físico, mental y social.

Registro de la actividad físico-deportiva: En el registro de la actividad física se pregunta a los sujetos si practican o no actividad física, así

como también el tipo de actividad, la organización del mismo, y la frecuencia con la que practicaban, ofreciéndose cuatro respuestas posibles: a) no practico; y si practican tres posibilidades: b) de vez en cuando; c) de 1 a 3 veces por semana; y, d) más de 3 veces por semana. Sin embargo, para los análisis estadísticos se reagrupan a los sujetos en dos categorías. Los sujetos que responden que no practican actividad física o lo hacen de vez en cuando se les cataloga como personas Inactivas y las personas que responden que practican alguna actividad física entre 1-3 veces por semana, o más de

tres veces por semana se les cataloga como personas Activas. Por tanto, los grupos quedan distribuidos de la manera siguiente. En la muestra femenina: a) activas ($n = 120$) y b) inactivas ($n = 181$); y en la muestra masculina: a) activos ($n = 138$) y inactivos ($n = 79$). A los participantes del estudio se les indica que el concepto de actividad físico-deportiva se refiere a cualquier actividad física planeada, estructurada y repetitiva cuyo objetivo es adquirir, mantener o mejorar uno o más componentes de la forma física (resistencia, fuerza, velocidad, flexibilidad, coordinación, etc.) (Miguel, Martín, y Navlet, 2001).

	Falso	Casi siempre falso	A veces verdadero /falso	Casi siempre verdadero	Verdadero
1					
2					
3					
4					
5					
6					

H: Habilidad; C: Condición; A: Atractivo; F: Fuerza; AFG: Autoconcepto físico general; AG: Autoconcepto general.

Tabla 1. Ejemplos de los ítems del AFI.

Índice de masa corporal de Quetelet: A partir del peso y la talla se calcula el IMC para cada individuo mediante la fórmula $\text{kg}/\text{metros}^2$ (Beumont, Al-Alami, y Touyz, 1988).

Procedimiento

Los cuestionarios se aplican de manera colectiva por los autores de este estudio con

la colaboración de los compañeros del grupo de investigación, después de hablar con los directores de los centros y/o grupos y pedir su colaboración. En todos los casos, antes de la cumplimentación de los cuestionarios se enfatiza el anonimato y la confidencialidad de los resultados como la voluntariedad de participar en el estudio, y se explican sus

características aclarando las dudas existentes. Los participantes desconocen la finalidad del estudio (ciego único), con el fin de evitar respuestas no sinceras y reducir al máximo el efecto de deseabilidad social. A la hora de recoger los cuestionarios se verifica si están cumplimentados correctamente.

Análisis estadísticos

En esta investigación los análisis estadísticos están realizados con el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows. Se realizan las oportunas pruebas para analizar la homocedasticidad y normalidad para saber si se cumplen las condiciones paramétricas. La única subescala que cumple dichas condiciones es la de fuerza en la submuestra femenina. Por tanto, para el análisis del autoconcepto físico en función de la percepción de la salud se utiliza la prueba T-test en la subescala de fuerza en la submuestra femenina, y la Mann-Whitney en las demás subescalas. Por otro lado, se realiza un análisis de regresión logística múltiple, con la finalidad de pronosticar la pertenencia a un grupo a partir de una serie de variables independientes. En este caso se utiliza como variable dependiente la percepción de la salud (positiva *vs.* negativa); y como variables independientes o predictoras las escalas del AFI, el IMC y la actividad física (activos *vs.* inactivos).

Todos los procedimientos estadísticos se ejecutan a un nivel de confianza del 95% (nivel de significación igual a ,05). Se decide analizar los resultados en cada grupo sexual, es decir, diferenciando la muestra de mujeres y la de los varones, ya que numerosos estudios han confirmado las diferencias existentes en el autoconcepto físico entre sexos (Esnaola, 2009; García y Musitu, 2001; Hagger, Biddle y Wang, 2005; Klomsten, Skaalvik y Espnes, 2004).

Resultados

En primer lugar se exponen los resultados del autoconcepto físico y el IMC en función de la percepción de la salud. En función de la percepción de la salud los sujetos se dividen de la siguiente manera. En la muestra femenina: a) salud positiva ($n = 254$) y b) salud negativa ($n = 47$); y en la muestra masculina: a) salud positiva ($n = 192$) y salud negativa ($n = 25$).

Como se puede observar en la Tabla 1, entre las mujeres se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las escalas habilidad física ($\bar{x}_{(298)} = -3.005, p = .003$), condición física ($\bar{x}_{(298)} = -5.303, p = .000$), atractivo físico ($\bar{x}_{(298)} = -3.771, p = .000$), fuerza ($t_{(269)} = 2.096, p = .037$), autoconcepto físico general ($\bar{x}_{(298)} = -6.183, p = .000$) y autoconcepto general ($\bar{x}_{(298)} = -4.729, p = .000$). Los sujetos que indican que su salud no es buena son los que peor se perciben en las escalas del AFI; y, los que señalan que su salud es positiva son los que mejor autoconcepto físico poseen.

En la muestra de varones, se han encontrado diferencias en habilidad física ($\bar{x}_{(215)} = -3.129, p = .002$), condición física ($\bar{x}_{(215)} = -3.799, p = .000$), atractivo físico ($\bar{x}_{(215)} = -3.887, p = .000$), fuerza ($\bar{x}_{(215)} = -2.289, p = .022$), autoconcepto físico general ($\bar{x}_{(215)} = -4.798, p = .000$) y, autoconcepto general ($\bar{x}_{(215)} = -2.041, p = .041$). Como ocurría en la muestra de mujeres, se han encontrado diferencias significativas en todas las escalas del AFI; es decir, los sujetos que indican que su salud no es buena son los que peor se perciben, y los que señalan que su salud es positiva son los que mejor autoconcepto físico poseen.

Finalmente, para comprobar la importancia del valor predictivo del autoconcepto físico (con sus correspondientes subdominios), el IMC y la práctica de actividad física sobre la percepción de la

salud se realiza un análisis de regresión logística múltiple. Como variable dependiente se utiliza la percepción de la salud (positiva

y negativa) y como variables independientes o predictoras las escalas del AFI, el IMC y la actividad física.

			Salud percibida		
			Positiva		Negativa
AFI	Habilidad física	Mujeres	M (dt)	15.97 (5.353)	13.36 (5.443)
			z		-3.005
			Sig.		.003**
		Varones	M (dt)	18.72 (4.281)	15.00 (5.737)
			z		-3.129
			Sig.		.002**
	Condición física	Mujeres	M (dt)	13.72 (4.868)	9.53 (3.994)
			z		-5.303
			Sig.		.000***
		Varones	M (dt)	17.65 (4.912)	12.84 (5.632)
			z		-3.799
			Sig.		.000**
	Atractivo físico	Mujeres	M (dt)	17.72 (4.375)	14.60 (5.257)
			z		-3.771
			Sig.		.000***
		Varones	M (dt)	18.95 (3.666)	14.60 (5.252)
			z		-3.887
			Sig.		.000**
Fuerza	Mujeres	M (dt)	13.92 (4.538)	12.40 (4.576)	
		t		2.096	
		Sig.		.037*	
	Varones	M (dt)	15.55 (4.569)	13.44 (4.744)	
		z		-2.289	
		Sig.		.022*	
Autoconcepto físico general	Mujeres	M (dt)	18.68 (4.291)	13.70 (4.671)	
		z		-6.183	
		Sig.		.000***	
	Varones	M (dt)	20.23 (3.355)	15.44 (4.840)	
		z		-4.798	
		Sig.		.000**	
Autoconcepto general	Mujeres	M (dt)	20.28 (3.639)	17.36 (3.975)	
		z		-4.729	
		Sig.		.000***	
	Varones	M (dt)	20.87 (3.438)	18.92 (4.778)	
		z		-2.041	
		Sig.		.041*	
IMC	Índice de masa corporal	M (dt)	22.03 (2.55)	22.64 (3.92)	
		z		-.734	
		Sig.		.463	
	Varones	M (dt)	24.60 (3.17)	24.73 (3.49)	
		z		-.288	
		Sig.		.773	

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tabla 2. Autoconcepto físico e IMC en función de la salud percibida.

	Variables	B	Wald	Sig.	Exp (B)
Mujeres	Habilidad física	.065	1.661	.197	1.068
	Condición física	-.158	5.915	.015	.854
	Atractivo	.201	5.175	.023	1.223
	Fuerza	.054	1.238	.266	1.056
	Autoconcepto físico general	-.335	12.789	.000	.715
	Autoconcepto general	-.088	1.199	.157	.916
	Actividad física	.736	2.500	.114	2.087
	Índice de masa Corporal	.007	.009	.925	1.007
	Constante	1.664	.671	.413	5.279
Varones	Habilidad física	-.020	.069	.793	.980
	Condición física	-.073	1.032	.310	.929
	Atractivo	-.068	.358	.550	.934
	Fuerza	-.049	.628	.428	.952
	Autoconcepto físico general	-.299	5.296	.021	.741
	Autoconcepto general	.161	.2999	.083	1.174
	Actividad física	-.384	.430	.512	.681
	Índice de Masa Corporal	-.064	.565	.452	.938
Constante	5.252	3.943	.047	190.863	

Tabla 3. Regresión logística múltiple.

La prueba de ajuste global señala que al introducir las ocho variables independientes en el modelo se consigue un incremento significativo del ajuste global tanto en la muestra femenina ($\chi^2 = 60.707$; $p = .000$) como en la masculina ($\chi^2 = 35.765$; $p = .000$). En la Tabla 2, se pueden observar las estimaciones de los coeficientes del modelo (B) y los datos necesarios para valorar su significación e interpretarlos. La significación de cada coeficiente se evalúa a partir del estadístico de Wald. Cuando el nivel crítico (sig.) asociado al estadístico de Wald es menor que .05 se puede concluir que la correspondiente variable independiente está significativamente relacionada con la variable dependiente. En el caso de las mujeres, las variables significativamente relacionadas con

la percepción de la salud son la condición física ($p = .015$), el atractivo ($p = .023$) y el autoconcepto físico general ($p = .000$). Por tanto se puede señalar que estas variables contribuyen significativamente a mejorar el ajuste del modelo.

En el caso de los varones la única variable que está relacionada significativamente con la percepción de la salud y que contribuye a mejorar el ajuste del modelo es el autoconcepto físico general ($p = .021$).

Discusión

La excesiva importancia que actualmente se da a la imagen corporal o la estética en las sociedades occidentales está fuera de toda duda. Este aspecto, aunque pueda ser

discutible, es totalmente legítimo. Lo que no resulta tan legítimo es que el conocimiento popular crea que la delgadez o el atractivo físico es sinónimo de salud, ya que este aspecto puede acarrear serios problemas. Este hecho ha quedado reflejado en los resultados de esta investigación, ya que se ha encontrado una clara asociación entre el autoconcepto físico y la percepción de la salud. Las personas que tienen un autoconcepto físico positivo presentan una salud percibida satisfactoria; y a la inversa, los participantes que tienen un autoconcepto físico más bajo o negativo creen que no son personas saludables. Estos resultados confirman la primera hipótesis.

Sin embargo, la segunda hipótesis, la cual sugería que las personas que se perciben con buena salud tendrían un índice de masa corporal más bajo que las personas que perciben su salud negativamente no se ha confirmado. Aunque es verdad que las personas que perciben su salud de manera positiva tienen un índice de masa corporal menor las diferencias no han sido estadísticamente significativas. Por tanto, parece ser que en nuestro caso el índice de masa corporal no es una variable que se asocie con la percepción de la salud.

La tercera hipótesis sugería que el autoconcepto físico (sobre todo el atractivo), la actividad física y el índice de masa corporal estarían significativamente relacionadas con la percepción de la salud. Para ello se ha realizado un análisis de regresión logística múltiple que no ha confirmado la hipótesis en su totalidad. Los resultados han confirmado que el autoconcepto físico está significativamente relacionado con la percepción de la salud tanto en mujeres como en varones. Asimismo, en la muestra femenina dos subdominios han aparecido relacionados significativamente con la percepción de la salud, la condición física y el atractivo físico.

Estos resultados confirman la tercera hipótesis parcialmente. Parece ser que existe una clara asociación entre el autoconcepto físico y la salud percibida. Además del constructo general en la muestra masculina, en las mujeres la percepción de la salud se ha relacionado significativamente con la condición física y el atractivo, coincidiendo con los autores (Bell, 2007; Raich, 2000) que señalan que las personas utilizan frecuentemente criterios externos como el atractivo físico para definir su salud.

Sin embargo, ni la actividad física ni el índice de masa corporal se relacionan significativamente con la percepción de la salud, por lo que la tercera hipótesis no queda completamente confirmada.

Aunque en nuestro caso la actividad física no aparece directamente relacionada con la percepción de la salud, la investigación previa (Bell, 2007) señala que más que la dieta, la práctica de actividad físico-deportiva es un regulador mucho más importante para la salud y está asociada tanto a la salud física (Berlín y Colditz, 1990; Bouchard et al., 1990; Guillén, Castro y Guillén, 1997) como psicológica (Biddle y Mutrie, 2001; Biddle et al., 2000; Jiménez et al., 2008; Netz et al., 2005; Pastor et al., 2003). Asimismo, como la relación entre la actividad física y el autoconcepto físico está bien documentada tanto en la adolescencia (Crocker, Eklund y Kowalski, 2000; Goñi y Zulaika, 2000; Klomsten et al., 2004; Moreno, Cervelló y Moreno, 2008; Pastor y Balaguer, 2001) como en la edad adulta (Alfermann y Stoll, 2000; Infante y Goñi, 2009; Lindwall y Hassmen, 2004; McAuley, Mihalko y Bane, 1997; Taylor y Fox, 2005) y el autoconcepto físico sí que ha aparecido significativamente relacionado con la percepción de la salud, se puede señalar que sea directa o indirectamente la práctica de actividad física es una

actividad indiscutiblemente recomendable. No podemos modificar nuestros genes, pero sí el estilo de vida. Hay que conseguir el peso adecuado mediante la actividad física y una dieta sana en lugar de a través de la reducción sistemática de calorías. La actividad física es el hábito de vida saludable por excelencia. El cuerpo humano ha evolucionado para ser físicamente activo; necesita la actividad física para mantenerse sano. El *American College of Sports Medicine* (ACSM) (1999) recomienda que se practique ejercicio físico entre 3-5 días por semana, en un intervalo de 20-60 minutos por sesión, o bien lo suficiente para provocar un gasto energético entre 200 y 300 kilocalorías (Miguel et al., 2001). En cuanto a la intensidad, un ejercicio saludable sería aquel que se encontrara entre el 50% y el 85% del consumo de oxígeno.

Finalmente, observando que las personas utilizan criterios externos como el autoconcepto físico como sinónimo de salud, sería recomendable romper con este tópico, ya que los estudios realizados con tecnología de resonancia magnética han demostrado que la apariencia física puede ser engañosa (Bell, 2007), y personas bellas que creen ser

poseedoras de un estado de salud óptimo pueden estar acumulando o almacenando grasas en órganos vitales que pueden suponer graves riesgos para la salud. No estaría de más implantar programas de intervención psicoeducativa para la promoción de la salud, que aclaren que el aspecto físico no tiene porque ser sinónimo de salud, siendo necesario que las personas utilicen criterios más científicos o médicos para definir y conocer su estado real de salud.

Este estudio presenta algunas limitaciones. Para la valoración de la salud percibida hubiese sido deseable utilizar una medida más completa, aspecto que nos hubiera dado mayores posibilidades de análisis estadísticas (p. e. regresión lineal, etc.), así como la posibilidad de medir otros posibles indicadores de la salud, tanto subjetivos (personalidad, etc.) como objetivos (enfermedades, ingresos hospitalarios, etc.).

Aunque en este estudio se haya encontrado que el autoconcepto físico puede ser un buen indicador de la percepción de la salud, es preciso seguir investigando cuáles pueden ser los indicadores subjetivos más precisos que medien la relación entre la salud autopercibida y la salud real.

RELACION ENTRE VARIABLES PSICOSOCIALES Y LA SALUD PERCIBIDA

PALABRAS CLAVE: Autoconcepto físico, Índice de masa corporal, Actividad físico-deportiva, Salud percibida, Estudio descriptivo mediante encuesta.

RESUMEN: El objetivo de este estudio ha sido analizar las relaciones entre el autoconcepto físico, el índice de masa corporal y la actividad físico-deportiva con la salud percibida. La muestra está compuesta por 518 personas adultas entre los 19.4 y 49.7 años de edad ($M = 30.79$ años; $DE = 9.24$), 301 mujeres (58.1%) y 217 varones (41.9%). Los resultados señalan que los sujetos que tienen un mejor autoconcepto físico se perciben con un alto grado de salud en comparación con los sujetos que tienen un autoconcepto físico bajo, los cuales creen que su salud no es buena. En cuanto al análisis de regresión logística múltiple, los resultados han confirmado que el autoconcepto físico está significativamente relacionado con la percepción de la salud tanto en mujeres como en varones. Asimismo, en la muestra femenina dos subdominios han aparecido relacionados significativamente con la percepción de la salud, la condición física y el atractivo físico.

RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS E A SAÚDE PERCEBIDA

PALAVRAS-CHAVE: Auto-conceito físico, Índice de massa corporal, Actividade físico-desportiva, Saúde percebida, Estudo descritivo mediante questionário.

RESUMO: O objectivo deste estudo foi analisar as relações entre o auto-conceito físico, o índice de massa corporal e a actividade físico-desportiva com a saúde percebida. A amostra é composta por 518 pessoas adultas entre os 19.4 e os 49.7 anos de idade ($M = 30.79$ anos; $DP = 9.24$), 301 mulheres (58.1%) e 217 homens (41.9%). Os resultados assinalam que os sujeitos que têm um melhor auto-conceito físico possuem um elevado grau de saúde percebido em comparação com os sujeitos que têm um auto-conceito físico baixo, os quais crêem que a sua saúde não é boa. Quanto à análise de regressão logística múltipla, os resultados confirmaram que o auto-conceito físico está significativamente relacionado com a percepção de saúde tanto em mulheres como em homens. Como tal, na amostra feminina dois subdomínios apareceram

Referencias

- Alfermann, D. y Stoll, O. (2000). Effects of physical exercise on self-concept and well-being. *International Journal of Sport Psychology*, 31(1), 47-61.
- American Collegue of Sports Medicine (1999). *ACSM para la valoración y prescripción del ejercicio físico*. Barcelona: Paidotribo.
- Bell, J. (2007). *Tofi: Thin on the Outside, Fat on the Inside*. Nutrigenomic Conference. Oslo.
- Beumont, P., Al-Alami, M. y Touyz, S. (1988). Relevance of a standard measurement of undernutrition to the diagnosis of anorexia nervosa: use of the Quetelet's body mass index (BMI). *International Journal of Eating Disorders*, 7, 399-405.
- Berlin, J. A. y Colditz, G.A. (1990). A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*, 132, 253-287.
- Biddle, S., Fox, K. y Boutcher, S. (2000). *Physical activity and psychological well-being*. Londres: Routledge.
- Biddle, S. y Mutrie, N. (2001). *Psychology of physical activity. Determinants, well-being and interventions*. Londres: Routledge.
- Boutchard, C., Shepard, R. J., Stephens, R., Sutton, J. R. y McPherson, B. D. (1990). *Exercise, fitness and health: a consensus of current knowledge*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Castro, A., Espinosa, I., Rodríguez, P. y Santos, P. (2007). Relación entre el estado de salud percibido e indicadores de salud en la población española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 883-898.
- Crocker, P., Eklund, R. y Kowalski, K. (2000). Children's Physical Activity and Physical Self-Perceptions. *Journal of Sports Sciences*, 18, 383-94.
- De Godoy, F. (2001). El efecto del ejercicio sobre los niveles de ansiedad, depresión y autoconcepto de pacientes con dolencia pulmonar obstructiva crónica. *Revista de Psicología del Deporte*, 10(2), 267-278.
- Dieppa, M., Machargo, J., Lujan, I. y Guillén, F. (2008). Autoconcepto general y físico en jóvenes españoles y brasileños que practican actividad física vs. no practicantes. *Revista de Psicología del Deporte*, 17(2), 221-238.

- Esnaola, I. (2005). *Elaboración y validación del cuestionario Autokontzeptu Fisikoaren Itaunketa (AFI) de autoconcepto físico*. Tesis doctoral. Bilbao: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco.
- Esnaola, I. (2009). Diferencias de sexo en el autoconcepto físico durante el ciclo vital. *Psicología Conductual*, 17(2), 365-380.
- Esnaola, I., Goñi, A. y Madariaga, J. M. (2008). El autoconcepto: perspectivas de investigación. *Revista de Psicodidáctica*, 13(1), 69-96.
- Field, A. E. (2004). Risk factors for eating disorders: an evaluation of the evidence. En K. Thompson (Ed.), *Handbook of eating disorders and obesity* (pp. 17-32). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
- 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 & Exercise Psychology*, 11, 408-430.
- Gázquez, I., Martí, A., Roura, M., Blasco, T. y Capdevila, L. (1992). Estilos de vida activos y memoria inmediata en individuos de la tercera edad. *Revista de Psicología del Deporte*, 1(2), 15-23.
- Fylkesnes, K. y Forge, O. H. (1991). The Tromso study: predictors of self-evaluated health. Has society adopted the expanded health concept? *Social Sciences and Medicine*, 32(2), 141-146.
- García, F. y Musitu, G. (2001). *Autoconcepto Forma 5. AF5*. Manual. Madrid: TEA.
- Gervilla, E. (2002). La tiranía de la belleza, un problema educativo hoy. La estética del cuerpo como valor y como problema. *Teoría de la Educación*, 14, 185-206.
- Goñi, A. y Zulaika, L. M. (2000). Relationships between physical education classes and the enhancement of fifth grade pupils' self-concept. *Perceptual and Motor Skills*, 91, 146-150.
- Goodwin, R. y Engstrom, G. (2002). Personality and the perception of health in the general population. *Psychological Medicine*, 32, 325-332.
- Guillén, F., Castro, J. J. y Guillén, M. A. (1997). Calidad de vida, salud y ejercicio físico: una aproximación al tema desde una perspectiva psicosocial. *Revista de Psicología del Deporte*, 12, 91-107.
- Hagger, M. S., Biddle, S. J. H. y Wang, C. K. J. (2005). Physical self-concept in adolescence: generalizability of a multidimensional, hierarchical model across gender and grade. *Educational and Psychological Measurement*, 65, 297-322.
- Hagquist, C. E. I. (1998). Economic stress and perceived health among adolescents in Sweden. *Journal of Adolescence Health*, 22, 250-257.
- Infante, G. y Goñi, E. (2009). Actividad físico-deportiva y autoconcepto físico en la edad adulta. *Revista de Psicodidáctica*, 14(1), 49-62.
- Jiménez, M. G., Martínez, P., Miró, E. y Sánchez, A. I. (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 185-202.
- Klomsten, A. T., Skaalvik, E. M. y Espnes, G. A. (2004). Physical self-concept and sports: do gender differences still exist? *Sex Roles*, 50, 119-127.
- Lamb, K. L., Dench, S., Brodie, D. A. y Roberts, K. (1988). Sports participation and health status: a preliminary analysis. *Social Sciences and Medicine*, 27, 1309-1316.
- Larsson, D., Hemmingsson, T., Allebeck, P. y Lundberg, I. (2002). Self-assessed health and mortality among young men: what is the relation and how may it be explained? *Scandinavian Journal of Public Health*, 30, 259-266.

- Lee, I. M., Paffenbarger, R. S., Jr. y Hennekens, C. H. (1997). Physical activity, physical fitness and longevity. *Aging*, 9, 2-11.
- Lindwall, M. y Hassmen, P. (2004). The role of exercise and gender for physical self-perceptions and importance ratings Swedish university students. *Scandinavian Journal of Science and Sports*, 14, 373-380.
- Marderbacka, K. (1998). Examining the continuity of self-rated health. *International Journal of Epidemiology*, 27, 208-213.
- Marsh, H. W. y Shavelson, R. J. (1985). Self-concept: Its multifaceted, hierarchical structure. *Educational Psychologist*, 20(3), 107-123.
- McAuley, E., Mihalko, S. L. y Bane, S. M. (1997). Exercise and self-esteem in middle-aged adults: multidimensional relationships and physical fitness and self-efficacy influences. *Journal of Behavioral Medicine*, 20(1), 67-83.
- Meland, E., Haugland, S. y Breidablik, H. J. (2007). Body image and perceived health in adolescence. *Health Education Research*, 22, 342-350.
- Miguel, F., Martín, M. D. y Navlet, M. R. (2001). El efecto del ejercicio físico sobre la ansiedad y la depresión. *Revista Española e Iberoamericana de Medicina de la Educación Física y el Deporte*, 10, 49-57.
- Moreno, J. A., Cervelló, E. y Moreno, R. (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.
- Muening, P., Jia, H, Lee, R. y Lubetkin, E. (2008). I think therefore I am: perceived ideal weight as a determinant of health. *American Journal of Public Health*, 98(3), 501-506.
- Navarro, L. y Biedma, L. (2005). *La valoración del estado de salud de los andaluces*. Comunicación presentada al IX Congreso de Metodología de las Ciencias Sociales y de la Salud. Granada: España.
- Netz, Y., Wu, M. J., Becker, B. J. y Tenenbaum, G. (2005). Physical activity and psychological well-being in advanced age: a meta-analysis of intervention Studies. *Psychology and Aging*, 20, 272-284.
- Organización Mundial de la Salud (1948). World Health Organization Constitution. En *Basic Documents*. Ginebra. Suiza.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Reducing risks, promoting healthy life*. World Health report. Geneva: WHO.
- Park, J. (2006). The Impact of Adolescent Self-Concept on Psychological Health, Self-Perceived Health and Health Behaviour in Young Adulthood. En A. P. Prescott (Ed.), *The concept of self in medicine health are* (pp. 97-122). Hauppauge, NY: Nova Science.
- Pastor, Y. y Balaguer, I. (2001). *Relaciones entre autoconcepto, deporte y competición deportiva en los adolescentes valencianos*. Ciopa 2001. Congreso Internacional online de Psicología aplicada.
- Pastor, Y., Balaguer, I., Pons, D. y García-Merita, M. (2003). Testing direct and indirect effects of sports participation on perceived health in Spanish adolescents between 15 and 18 years old. *Journal of Adolescence* 26, 717-730.
- Piko, B. (2000). Health-related predictors of self-perceived health in a student population: The importance of physical activity. *Journal of Community Health*, 25, 125-137.



- Pintanel, M. y Capdevila, Ll. (1999). Una intervención motivacional para pasar del sedentarismo a la actividad física en mujeres universitarias. *Revista de Psicología del Deporte*, 8(1), 53-66.
- Raich, R. M. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.
- Rodríguez, A., Goñi, A. y Ruiz de Azúa, S. (2006). Autoconcepto físico y estilos de vida en la adolescencia. *Intervención Psicosocial*, 15, 81-94.
- Sallis, J., Prochaska, J. y Taylor, W. (2000). A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32, 963-975.
- Taylor, A.H. y Fox, K.R. (2005). Effectiveness of a primary care, exercise referral intervention for changing physical self-perceptions over 9 months. *Health Psychology*, 24, 11-21.
- Thorlindsson, T., Vilhjalmsón, R. y Valgeirsson, G. (1990). Sport participation and perceived health status: a study of adolescents. *Social Sciences and Medicine*, 31, 551-556.
- Vélez, R., López, S. y Rajmil, L. (2009). Género y salud percibida en la infancia y la adolescencia en España. *Gaceta Sanitaria*, 23(5), 433-439.

