



FACTORES ASOCIADOS A LA PRACTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA, EL AUTOCONCEPTO FÍSICO Y LA SALUD PERCIBIDA EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

FACTORS ASSOCIATED WITH THE PRACTICE OF PHYSICAL ACTIVITY, PHYSICAL SELF-CONCEPT AND SELF-PERCEPTION OF HEALTH IN A SAMPLE OF UNIVERSITY STUDENTS

Aracelli Gonzàlez-Lafont

Escuela Universitaria de la Salud y el Deporte (EUSES), Universitat de Girona, Girona, España

Araceli González-Lafont. aracelllafont@gmail.com

RESUMEN

La Universidad es un lugar estratégico para promover patrones de comportamiento saludables, aprender y consolidar actitudes personales y profesionales, incluyendo los estilos de vida pero, muchos estudiantes se ven sometidos a gran presión, convirtiéndoles en un grupo vulnerable para la adquisición de conductas poco saludables que, en ocasiones, se abandonan cuando lleguen a la edad adulta pero que, en otras, determinan la salud con la que afrontaran el resto de su vida.

Este estudio pretende determinar los hábitos de vida de una muestra de universitarios y como éstos influyen en la autopercepción de la salud, el autoconcepto físico y la práctica de actividad física con el objetivo de observar si existe agrupación de comportamientos.

Se trata de un diseño observacional, descriptivo y transversal de una muestra de estudiantes de grado de la Universidad de Girona a los que se administró los cuestionarios SF-12, PSDQ-s, IPAQ y “ad-hoc”, KIDMED, AUDIT, Fagerström i Glover-Nilson y CAGE-AID.

Los principales resultados muestran que la práctica de AF,

una dieta óptima i un menor consumo de sustancias se asocian a una mejor autopercepción de la salud y autoconcepto físico y que una mayor práctica de actividad física se relaciona con un menor riesgo de consumo de sustancias y mejores puntuaciones en salud mental.

Las Universidades deben plantear programas multidisciplinarios de intervención teniendo en cuenta la agrupación de comportamientos y considerando la actividad física como núcleo que permitirá una mejora de la salud mental y una disminución de los consumos.

PALABRAS CLAVES:

Universitarios, hábitos de vida, autopercepción salud, autoconcepto y actividad física

ABSTRACT

The university is a strategic place for the promotion of healthy behaviour patterns, to learn and to consolidate both personal and professional attitudes, including lifestyles. However, many students find themselves subjected to great pressures which transform them into a risk-group for the acquisition of unhealthy behaviours. These may be abandoned when students reach adulthood, but for some they can



determine their health for the rest of their lives.

This study aims to determine the lifestyle habits of a sample of university students and how these influence self-perception of health, physical self-concept and the practice of physical activity. It aims to observe whether there is a group of behaviours.

It is an observational, descriptive and transversal design of a sample of UdG undergraduates who completed questionnaires SF-12, PSDQ-s, IPAQ and "ad-hoc", KIDMED, AUDIT, Fagerström & Glover-Nilson and CAGE-AID.

The main results show that the practice of physical activity, an optimal diet and a lower consumption of psychoactive substances are associated with a better self-perception of health and physical self-concept. A greater practice of physical activity is shown to be related to a lower risk of substance use and better scores on mental health.

Universities should put forward multidisciplinary intervention programs which take into account this grouping of behaviours and consider physical activity as a nucleus that will allow an improvement in mental health and a decrease in consumption of psychoactive substances.

KEYWORDS:

University students, habits of life, self-perception health, self-concept and physical activity

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, nadie pone en cuestión que el desarrollo socioeconómico ha aportado grandes mejoras

en la salud pero, también representa nuevos riesgos sanitarios relacionados con las conductas y los estilos de vida, fundamentalmente, como resultado de cambios en las rutinas diarias que afectan a la alimentación y la actividad física (AF), al mismo tiempo, se ha producido un incremento en el consumo de sustancias, sobre todo entre los más jóvenes.

El incremento de las enfermedades no transmisibles, en los países desarrollados, aumenta de manera exponencial (Palomo, Ortún, Benavides, & Marquez-Calderón, 2006; Walters, Serrano-García, & Echegaray, 2007; World Health Organization, 2011; 2012...) y, según la Organización Mundial de la Salud (2014), son la causa principal de muerte prematura, mortalidad y morbilidad. De seguir esta tendencia, a pesar que la esperanza de vida cada vez es más larga, la calidad con la que la población afrontará estos años de más no será la más adecuada.

Las pruebas empíricas permiten afirmar que las conductas y los hábitos tienen un impacto muy importante en la salud y la calidad de vida en la medida que, su presencia o ausencia, pueden constituir un factor de riesgo o de protección para el individuo (Flórez, 2007). Dentro de los patrones de comportamiento que conforman el estilo de vida (EV) interactúan un abanico de prácticas saludables y no saludables que conforman un *continuum* (Lázaro, 2011).

El proceso por el cual la gente se involucra en un determinado EV es complejo y se ve influenciado por múltiples factores de índole



personal, social y/o ambiental y, a pesar de que la mayoría de los jóvenes son conscientes de cuales son los hábitos que deberían desarrollar, consideran que el tema de la salud y los problemas derivados de los hábitos no saludables es una cosa lejana i que a ellos no les afecta (Rodríguez-Soriano, Rios, Lozano, & Álvarez, 2009), siendo más receptivos a las conductas no saludables. Por eso, suelen probar sustancias que les reportan experiencias inmediatas ya que suelen percibir el riesgo como atractivo y solo ven las ventajas sin pensar en las consecuencias (Gil, Gonzalez, Pastor, & Gómez, 2008; Lema et al., 2010; Páez, 2012).

La Universidad es un espacio de vida cotidiana en el que las personas trabajan, se divierten, aprenden y viven y donde se configura la salud, el bienestar y la calidad de vida, presente y futura. Por tanto, es un lugar estratégico para promover patrones de comportamiento saludables, aprender y consolidar actitudes personales y profesionales, incluyendo los estilos de vida (Keller, Maddock, Hannover, Thyrian, & Basler, 2008).

A pesar de ello, muchos estudiantes se ven sometidos a una gran presión debido a las actividades académicas, sin tiempo y motivación para la práctica de AF y más expuestos a hábitos nocivos y una mala alimentación (González-Ayala, 2007; Nuñez-Rojas, 2004). Se trata, por tanto, de un grupo vulnerable para la adquisición de conductas poco saludables que, en ocasiones, se abandonaran cuando lleguen a la edad adulta pero que, en otras, determinaran la salud con

la que afrontaran el resto de su vida (Park, Mulye, Adams, Brindis, & Irwin, 2006; Sussman & Arnett, 2014; Williams, Holmbeck, & Neff, 2002).

MÉTODO

Se utilizó un diseño observacional, descriptivo y transversal en una muestra de estudiantes de grado (N=298) de la Universidad de Girona de los cuales un 51,7% eran mujeres i un 48,3% hombres.

Se les administró un cuestionario para determinar el nivel de actividad física (IPAQ-s y cuestionario “ad-hoc”), autopercepción de la salud (SF-12), autoconcepto físico (PSDQ-s), alimentación (Kidmed), consumo de alcohol (AUDIT), tabaco (Fagerström y Glover-Nilson) y drogas (CAGE-AID). El cuestionario se desarrolló en soporte informático y se cumplimentó en los lugares de gran concurrencia de las Facultades mediante un muestreo sistemático.

Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS v. 20.

RESULTADOS

AF: Según el IPAQ se clasificaron al 29,5% de los participantes como inactivos (no realizaban ninguna actividad física), al 34,2% en un nivel bajo (≤ 499 METs-minutos/semana), al 16,8% en un nivel moderado (500–900) y un 19,5% en un nivel alto (≥ 1.000). Los hombres presentaban un porcentaje más elevado de inactividad (39,6%) en comparación a las mujeres (20,1%). En los dos casos, los porcentajes más elevados sitúan a los participantes, en un nivel bajo de AF, pero con 10 puntos a favor de las mujeres. Los hombres son



los que más realizaban un nivel alto de AF. Las diferencias son estadísticamente significativas.

Un 60,3% manifestaba hacer AF en su tiempo libre, mientras que un 29,6% declaraba haber abandonado la práctica y un 10,1%, afirmaba no haber practicado nunca en la vida. Los hombres (62,9%) declaraban hacer más AF que las mujeres (52,0%), siendo las diferencias estadísticamente significativas.

Sólo un 49,3% de los practicantes seguía las recomendaciones del American College Sports and Medicine (2000) para considerarla saludable.

Un 63,1% practicaba 3 o más veces por semana, un 67,7% de los hombres y un 57,5% de mujeres, sin diferencias estadísticamente significativas. Un 50,3% invertían en cada sesión más de 1h y 30min y las mujeres, mayoritariamente, entre 30 min y 1h 30 min. Respecto a la intensidad de las sesiones la mayoría (59,8%) consideraban que era moderada. Un 43,4% de los hombres las consideraban intensas en comparación al 18,8% de las mujeres. En la duración e intensidad las diferencias eran estadísticamente significativas.

Otras características de la práctica analizadas muestran una diferencia de perfil entre sexos. Los hombres practican más deporte de competición, forman parte de equipos federados o amateurs, preferentemente en espacios al aire libre. Las mujeres, por el contrario, muestran preferencias por la práctica no competitiva, participando en actividades dirigidas que se

desarrollan en clubs o gimnasios privados.

Dieta: Un 73,8% se alimentaba de manera inadecuada, un 12,5% de los cuales, era de baja calidad y un 61,4% debía mejorarla. Las diferencias entre sexos no son estadísticamente significativas.

Consumo sustancias: Un 87,5% reconocía consumir alcohol, un 24,8% de los cuales presentaban un consumo de riesgo, según el valor de corte del AUDIT. Los hombres consumían ligeramente más que las mujeres (1,1%) pero, más del doble lo hacía con riesgo. Un 40,9% declaraba fumar, consumo superior entre las mujeres (44,8%) que entre los hombres (36,8%), sin diferencias estadísticamente significativas. Por último, un 50,3% declaraban ser consumidores de algún tipo de drogas. A pesar de que los hombres consumen más (54,9%) que las mujeres (46,1%), las diferencias no son estadísticamente significativas. Cabe destacar que un 50,3% hacen un consumo de riesgo, según el punto de corte del CAGE-AID.

Autopercepción de la salud: El 91,9% del total de participantes consideraban que su salud era buena, muy buena o excelente. Mayoritariamente, los hombres la valoraban como muy buena o excelente mientras que las mujeres la opción mayoritaria era buena (53,2%), siendo las diferencias estadísticamente significativas. Los hombres presentan puntuaciones superiores tanto en el sumario físico como mental, aunque solo en el mental las diferencias son estadísticamente significativas.



Autoconcepto físico: se observa menor puntuación en la dimensión física ($M=69$; $DE=7,53$) que en la de la forma física ($M=88,9$; $DE=21,7$). Las puntuaciones medias más elevadas en la dimensión física se hallaron en autoestima, las más baja en grasa corporal y salud. En la de la forma física las más altas fueron en coordinación, las más bajas en flexibilidad y resistencia. Si se analizan los resultados según el sexo se hallaron diferencias significativas en todas las dimensiones. Obtuvieron mejores puntuaciones tanto en el sumario físico como en el mental del SF-12, los practicantes de actividad física en el tiempo libre, los que realizaban una dieta de calidad, los que no consumían tabaco y los que hacían un consumo sin riesgo de alcohol y drogas. Estos, también obtenían mejores puntuaciones en el PSDQ-s excepto en la dimensión física de los consumidores de riesgo de drogas. Los practicantes de AF en el tiempo libre presentaban una mejor dieta, consumían tabaco en menor medida y hacían un consumo sin riesgo de alcohol y drogas.

Se realizó un análisis de conglomerados jerárquico para identificar subgrupos de participantes a partir de las variables principales del estudio: Salud Física y Salud Mental y Autoconcepto Físico y de la Forma Física obteniendo dos clústers uno con mejor salud (MS) con el 62,8% del total de la muestra y otro con peor salud (PS) con el 37,2%. Los hombres pertenecen, mayoritariamente, al grupo MS (83,3%) mientras que, entre las

mujeres el porcentaje desciende al 69,5%.

Los del grupo MS obtuvieron puntuaciones muy superiores en el sumario mental (58,5 / 23,82) y la autopercepción física (101 / 38) y de la forma física (80 / 40), sólo en el sumario físico (56,8 / 59,3) el clúster de PS obtuvo puntuaciones superiores. En todos los casos las diferencias fueron estadísticamente significativas.

DISCUSIÓN/ CONCLUSIÓN

Los resultados sobre la autopercepción de la salud es buena, muy buena o excelente, coincidiendo con otros estudios de este colectivo (Barrios-Vicedo et al., 2015; Bennasar, 2013), aunque debe resaltarse que las puntuaciones son tanto en el sumario físico (55,04) como en el mental (47,43), sobre una puntuación de 100.

Respecto al autoconcepto físico, en la línea de otros trabajos, los hombres presentan mayores puntuaciones tanto en las dos dimensiones (física y forma física) como en cada una de las subdivisiones, excepto en flexibilidad y menores en salud y grasa corporal (Álvarez, Cuevas, Lara, & González, 2015; Arazi & Hosseini, 2013; Molero, Zagala-Sánchez, & Cachón-Zagalaz, 2013).

Más de la mitad de los participantes presentan inactividad o bajo nivel de AF en la vida cotidiana (King, Vidourek, English, & Merians, 2014; Pérez-Ugidos, Laíño, Zelarayán, & Márquez, 2014), mayor a los jóvenes que no estudian. Lo contrario pasa en la práctica de AF de tiempo libre (Instituto de Salud Pública y



Laboral de Navarra, 2016), aunque menos de la mitad lo hacen según parámetros saludables.

En la agrupación de conductas realizadas se observa por un lado que, aquellos que pertenecen al grupo de MS obtienen puntuaciones más elevadas en salud mental y dieta e inferiores en consumo de sustancias. Por otro lado, los que practican AF se alimentan mejor, consumen menos sustancias y tienen una mejor autopercepción de la salud, sobretodo en el sumario mental y mejor autoconcepto físico.

Las Universidades deben plantear programas de intervención multidisciplinarios que tengan programas han de tener en cuenta la agrupación de comportamientos detectados y respetando la especificidad de género. Programas con la AF como núcleo considerando los efectos sinérgicos de la misma. Se trata de plantear un programa de intervención único, basado en un aprendizaje orientado a la transferencia, que permitiría repercutir, simultáneamente, en diversas conductas.

REFERENCIAS

- Álvarez, L., Cuevas, R., Lara, A., & González, J. (2015). Diferencias del autoconcepto físico en practicantes y no practicantes de actividad física en estudiantes universitarios. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 15(2), 27-34.
- American College Sports and Medicine. (2000). *General principles of exercise prescription*. In American College Sports and Medicine (Ed.), *General principles of exercise prescription* (pp. 138-139). Baltimore: Lippincott BA Franklin.
- Arazi, H., & Hosseini, R. (2013). A Comparison of Physical Self-Concept between Physical Education and Non-Physical Education University Students. *Timisoara Physical Education and Rehabilitation Journal*, 5(10), 6-13.
- Barrios-Vicedo, R., Navarrete-Muñoz, E. M., García de la Hera, M., González-Palacios, S., Valera-Gran, D., Checa-Sevilla, J. F., . . . Vioque, J. (2015). Una menor adherencia a la dieta mediterránea se asocia a una peor salud auto-percibida en población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 31(2), 785-792.
- Bennasar, M. (2013). *Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la Universidad como entorno promotor de la salud*. (Tesi Doctoral), Universitat de les Illes Balears, Palma
- Flórez, L. (2007). *Psicología social de la salud: promoción y prevención*. Colombia: Manual Moderno.
- Gil, P., Gonzalez, S., Pastor, J. C., & Gómez, I. (2008). Prácticas habituales de los jóvenes relacionadas con la salud: estudio de un caso en España. *Sociedad Hoy*, 15,
- González-Lafont, A. (2019). Factores asociados a la práctica de actividad física, el auto concepto físico y la salud percibida en una muestra de estudiantes universitarios. *Revista Española de Educación Física y Deportes*, 426 (Esp.), 505-512



- 83-101.
- González-Ayala, M. E. (2007). *Intervención de la universidad en la promoción de la salud de sus estudiantes*. (Tesi Doctoral), Universitat de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.
- Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. (2016). Encuesta sobre juventud y salud. Pamplona: Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra,.
- Keller, S., Maddock, J. E., Hannöver, W., Thyrian, J. R., & Basler, H. (2008). Multiple health risk behaviors in German first year university students. *Preventive medicine*, 46(3), 189-195.
- King, K. A., Vidourek, R. A., English, L., & Merians, A. L. (2014). Vigorous physical activity among college students: using the healyh belief model to assess involvement and social support. *Archives of Exercise in Health and Disease*, 4(2), 267-279.
- Lázaro, C. J. (2011). *Hábitos de consumo de alcohol y su relación con la condición física saludable en adolescentes de la región de Murcia*. Universidad de Murcia, Murcia.
- Lema, L. F., Salazar, I. C., Varela, M. T., Tamayo, J. A., Rubio, A., & Botero, A. (2010). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento Psicológico*, 5(12), 71-88.
- Molero, D., Zagala-Sánchez, M.L., & Cachón-Zagalaz, J. (2013). Estudio comparativo del autoconcepto físico a lo largo del ciclo vital. *Revista de Psicología del deporte*, 22 (1), 135-142.
- Núñez-Rojas, A. C. (2004). *Jóvenes universitarios y salud "Vivir la universidad"*. (Tesi Doctoral), Universidad de Manizales, Manizales.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. In Organización Mundial de la Salud (Ed.). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Páez, M. L. (2012). Universidades saludables: los jóvenes y la salud. *Archivos de Medicina*, 12(2), 205-220.
- Palomo, L., Ortún, V., Benavides, F. G., & Marquez-Calderón, S. (2006). *Los desajustes en la salud en el mundo desarrollado*. Madrid: Hurope SL, Informe Sespas.
- Park, M. J., Mulye, T. P., Adams, S. H., Brindis, C. D., & Irwin, C. E. (2006). The health status of young adults in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 39(3), 305-317.
- Pérez-Ugidos, G., Laíño, F. A., Zelarayán, J., & Márquez,
- González-Lafont, A. (2019). Factores asociados a la práctica de actividad física, el auto concepto físico y la salud percibida en una muestra de estudiantes universitarios. *Revista Española de Educación Física y Deportes*, 426 (Esp.), 505-512



- S. (2014). Actividad física y hábitos de salud en estudiantes universitarios argentinos. *Nutrición Hospitalaria*, 30(4), 896-904.
- Rodríguez-Soriano, N. Y., Rios, M. R., Lozano, L. R., & Álvarez, M.A. (2009). Percepción de jóvenes universitarios respecto a su salud: conductas y contexto de riesgo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14 (2), 245-260.
- Sussman, S., & Arnett, J. J. (2014). Emerging adulthood: developmental period facilitative of the addictions. *Evaluation & the health professions*, 37(2), 147-155.
- Walters, K. Z., Serrano-García, I., & Echegaray, I. (2007). Obesidad: el reto de su invisibilidad en el siglo XXI. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 18, 82-106.
- Williams, P. G., Holmbeck, G. N., & Neff, R. (2002). Adolescent health psychology. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(3), 828-842.
- World Health Organization. (2011). Prevention and control of non-communicable disease. Report of the Secretary-General. United Nations General Assembly A/66/83, 19 May 2011. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2012). Regional Office for Europe. Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012-2016. Copenhagen: World Health Organization,