

Relación del autoconcepto con la salud en población adolescente. Un estudio piloto en el barrio de el Coto-Viesques (Gijón)

Nerea, Bernardo del Rey¹; Teresa, López Castellanos²

¹ Enfermera, Centro de salud El Coto, Gijón.

² Enfermera, Centro de salud El Coto, Gijón.

Autora de correspondencia: nerea.bernardodel@gmail.com

Enviado: 22-06-2023

Aceptado: 04-03-2024

Cómo citar este artículo:

Bernardo del Rey N, López-Castellanos T. Relación del autoconcepto con la salud en población adolescente. Un estudio piloto en el barrio de el Coto-Viesques (Gijón). Quantitative and Qualitative Community Research RqR. 2024 Jun; 12 (1): 5-17.

Original

RESUMEN

Objetivo: Conocer la relación entre el autoconcepto y los estilos de vida en los adolescentes de Gijón. Se llevó a cabo un pilotaje mediante un estudio observacional, transversal, en el centro de salud de El Coto, en Gijón.

Metodología: Se realizó un muestreo consecutivo, donde se captaron todos los adolescentes de 13 años que acudieron a las consultas de pediatría para la revisión del niño sano durante un periodo de dos meses, reclutando un total de 20 participantes. Este estudio piloto analizó la relación entre el autoconcepto, medido multidimensionalmente - dimensiones académica, social, física, personal y general - con distintas variables sociodemográficas, adherencia a la dieta mediterránea, cantidad de actividad física,

consumo de tóxicos y calidad de vida. Para el análisis se emplearon modelos de regresión simple con el software estadístico R.

Resultados: Se encontró asociación entre una mayor adherencia a la dieta mediterránea y un mayor autoconcepto personal (IC 95% 0.05 a 0.25). También se pudo relacionar el grado de actividad física con el autoconcepto físico (IC 95% 0.1 a 0.48).

Conclusiones: Es necesario un mayor tamaño muestral para extrapolar estos resultados en la población de estudio. Sería interesante realizar estudios con otro diseño prospectivo que permitan definir causalidad entre las diferentes variables y el autoconcepto, para así desarrollar programas desde atención primaria enfocados a aumentar el autoconcepto.

Palabras clave

Autoimagen, Adolescente, Estilo de vida saludable.

Relationship of self-concept with health in adolescent population. a pilot studio in the el Coto-Viesques neighborhood (Gijón)

Abstract

Aim: Know the relationship between self-concept and lifestyles in adolescents from Gijón. A pilot study was carried out through an observational, cross-sectional study at the El Coto health center in Gijón.

Methods: A consecutive sampling was carried out, where all 13-year-old adolescents who attended pediatric consultations for the well-child check-up during a period of two months were captured, recruiting a total of 20 participants. This pilot study analyzed the relationship between self-concept, measured multidimensionally - academic, social, physical, personal and general dimensions - with different sociodemographic variables, adherence to the Mediterranean diet, amount of physical activity, consumption of toxic substances and quality of life. For the analysis,

simple regression models were used with the R statistical software.

Results: An association was found between greater adherence to the Mediterranean diet and greater personal self-concept (95% CI 0.05 to 0.25). The degree of physical activity could also be related to physical self-concept (95% CI 0.1 to 0.48).

Conclusions: A larger sample size is necessary to extrapolate these results to the study population. It would be interesting to carry out studies with another prospective design that allow defining causality between the different variables and self-concept, in order to develop programs from primary care focused on increasing self-concept.

Keywords:

Self concept, Adolescent, Healthy lifestyle.

Introducción

El autoconcepto se define como la opinión que una persona tiene sobre sí misma formado a base de las autopercepciones obtenidas a partir de las experiencias vividas (1). No se debe confundir autoconcepto con autoestima, ya que ésta se define como la valoración de uno mismo, es decir, la respuesta emocional ante la idea que tenemos de nosotros mismos. El autoconcepto es un componente cognitivo que se puede expresar con palabras, mientras que la autoestima es un componente subjetivo que se deduce del autoconcepto como su componente emocional (1).

Durante mucho tiempo el autoconcepto se ha considerado de manera unidimensional. En la actualidad existen muchas teorías sobre la multidimensionalidad del término, entendiendo el autoconcepto de manera global, compuesto de un autoconcepto físico, un autoconcepto personal (idea de una persona sobre su honradez, ajuste de emociones, autonomía y autorrealización), un autoconcepto social (cómo se ve en sus relaciones con los demás) y un autoconcepto académico (1, 2).

En general, se tiende a asociar un autoconcepto alto con una mejor percepción de calidad de vida, así como con una mayor adhesión a las conductas saludables (3). Las personas con mayor autoconcepto tienden a persistir en sus esfuerzos ante situaciones de fracaso y a interpretar sus intentos frustrados como motivos de lucha (4).

Un grupo de población que ha sido de especial interés para los investigadores en este campo es la adolescencia. Los estudios llevados a cabo con adolescentes han mostrado resultados contradictorios, en parte debido a la complejidad del mismo concepto y también por la heterogeneidad de los estudios.

Así, por ejemplo, Pastor et al. (5), han diseñado un modelo exploratorio en el que

relacionan distintas dimensiones del autoconcepto en el adolescente con el consumo de tóxicos y el tipo de alimentación, encontrando que un autoconcepto social alto se relaciona con mayor consumo de tóxicos y un autoconcepto académico alto con una alimentación más sana. Dudovitz et al. (6), por contra, relacionaron un autoconcepto bajo con un mayor abuso de sustancias tóxicas.

Otros estudios encontraron que el autoconcepto desempeña un papel importante en la madurez biológica y la actividad física del adolescente (7,8). El autoconcepto bajo y una mala cohesión familiar son factores que aumentan también la posibilidad de padecer trastornos mentales y el riesgo de ideación suicida (9), observándose cierta asociación entre el comportamiento agresivo de los adolescentes y un autoconcepto global bajo con niveles altos en la dimensión de autoconcepto físico (10).

Las personas con alto autoconcepto global tienden a cuidar más su alimentación, a realizar más ejercicio físico y a no consumir sustancias tóxicas, gozando, por tanto, de mejor salud y mayor calidad de vida (3,7,8).

También existen estudios que demuestran que mujeres víctimas de violencia de género presentan un autoconcepto global bajo (11). La violencia física y psicológica en parejas adolescentes y entre iguales, constituye un grave problema que se relaciona con un autoconcepto bajo tanto en el agredido como en el agresor, pero con diferencias en cuanto a la dimensión del autoconcepto que se ve afectada (12).

Se conoce que el autoconcepto es una variable cambiante, que se puede modificar mediante intervenciones que intenten paliar los problemas asociados a un autoconcepto bajo. Page y Chandler (13), en un ensayo clínico obtuvieron un aumento en el autoconcepto de un grupo de adolescentes tras una intervención psicoeducativa mediante prácticas cognitivo-con-

ductuales en comparación con un grupo control, mostrando que el autoconcepto se puede trabajar para aumentar la percepción de las personas sobre sí mismas y lograr un mayor estado de bienestar.

Se ha visto que el comienzo en educación secundaria obligatoria es una etapa de grandes cambios físicos, psíquicos y sociales, siendo una etapa crítica en el desarrollo del autoconcepto (15). Dada su relación con los factores promotores de salud y causantes de enfermedad, parece importante conocer el autoconcepto que tienen los adolescentes para, de esta manera, realizar un diagnóstico de salud de la población que permita, posteriormente, tomar decisiones de actuación en base a los resultados.

El objetivo general de este trabajo será "Conocer la relación entre el autoconcepto y los estilos de vida en los adolescentes de Gijón". Se han planteado también una serie de objetivos secundarios: Describir variaciones en el autoconcepto del adolescente en función de las variables edad, sexo, barrio de residencia y nivel educativo de los padres; Relacionar el autoconcepto con conductas de riesgo para la salud; Analizar si existe relación entre el autoconcepto y la calidad de vida en los adolescentes.

Metodología

Diseño de estudio

Estudio observacional, transversal.

Población de estudio

Adolescentes que cursan Educación Secundaria Obligatoria (ESO), escolarizados en los colegios e institutos públicos, concertados y privados de la localidad de Gijón (Asturias), durante el curso académico 2019-2020.

Criterios de exclusión: Incapacidad del alumno para comprender el cuestionario.

Muestra

Se ha realizado un pilotaje en el centro de salud de El Coto, entregando encuestas a todos los adolescentes que acudieron en un periodo de dos meses al centro para la revisión del niño sano de los 13 años. Se ha llevado a cabo así un muestreo consecutivo para poder obtener el mayor número de observaciones posible, recogiendo un total de 20 encuestas.

Variables e instrumentos de medida

Variables a estudio

Autoconcepto, "cuestionario de Autoconcepto Dimensional (AUDIM)" (16).

Salud mental: tratamiento con psicofármacos, visita al psicólogo o psiquiatra en el último año, conducta agresiva y sentimiento de haber sido agredido física o psicológicamente.

Estilo de vida: adherencia a la dieta mediterránea "cuestionario Test rápido Krece Plus" (17); actividad física "cuestionario Test corto Krece Plus" (18); consumo de sustancias tóxicas, alcohol, tabaco u otras drogas de comercialización ilegal.

Satisfacción con la vida, "escala de satisfacción con la vida (SWLS)" (19).

Otras variables como edad, sexo, barrio de residencia, tipo de centro escolar (público o concertado), estudio de los padres y madres, número de convivientes en domicilio y tipo de familia según composición, índice de masa corporal (IMC), y rendimiento académico (si repitió o no algún curso).

Instrumentos de medida

Medida del autoconcepto

Para medir el autoconcepto, se utilizó el Cuestionario de Autoconcepto Dimensional (AUDIM) desarrollado por Fernández-Zabala en 2015 (16). Este cuestionario tiene 33 ítems y 5 opciones de respuesta (de 1 = falso a 5 = verdadero). Consta de 25 ítems redactados de manera positiva y

8 en forma negativa. Mide 5 dimensiones del autoconcepto: Autoconcepto académico, Autoconcepto social, Autoconcepto físico, Autoconcepto personal y Autoconcepto general.

Medida del resto de variables

Se elaboró un cuestionario *ad hoc* para la recogida de todas las variables de interés para el estudio distintas al autoconcepto.

Para clasificar el grado de adherencia de los participantes a la dieta mediterránea se utilizó el "Cuestionario Test rápido Krece Plus" (17). Este cuestionario consta de 16 ítems de respuesta sí/no en los que unos suman y otros restan para obtener la puntuación total. Gracias a esta puntuación se puede clasificar en nivel nutricional bajo si es menor o igual a 3, medio si se encuentran entre 4 y 7 y alto si se obtiene una puntuación igual o mayor a 8.

La actividad física se valoró mediante el "Cuestionario Test Corto Krece Plus" (18). Esta escala mide el número de horas al día que se está ante pantallas y el número de horas que se realizan actividades deportivas extraescolares. Se obtiene una escala que va de 0 a 10 puntos sumando el número de horas de actividades deportivas y el inverso al número de horas de pantalla (sumando desde 5, en caso de que esté 0 horas, hasta 1 en caso de que esté 4 o más horas).

Por último, se utilizó la "Escala de satisfacción con la vida" (SWLS) (19). Se trata de una escala tipo *Likert* donde se dan puntuaciones a 5 ítems según el grado de acuerdo, pudiendo clasificar los resultados en seis categorías de satisfacción (altamente satisfechas, satisfechas, con áreas que mejorar, con problemas pequeños pero significativos, insatisfechas y muy insatisfechas) según la puntuación.

Recogida de datos

Para la recogida de datos se pasó a todos los participantes una encuesta *ad hoc* elaborada con las variables independien-

tes de interés para el estudio, acompañada del cuestionario validado seleccionado para medir el autoconcepto en los adolescentes. Estos documentos se entregaban en consulta cuando los adolescentes acudían para la revisión del niño sano entre los meses de septiembre y noviembre. Se cumplimentó el formulario una vez acabamos la consulta en la sala de espera. Se tardó una media de 8 minutos en contestar estos documentos.

Posteriormente eran recogidos para introducir la información en una base de datos constituida en Excel para su posterior análisis estadístico.

Consideraciones éticas

El Comité de Ética de Investigación Clínica del Principado de Asturias, valoró que no era necesario un consentimiento informado ya que los datos serían tratados con total anonimato impidiendo así su identificación personal al contestarlo.

Análisis estadístico

Se volcaron los datos de los formularios a una base de datos en formato digital en el programa Excel y se utilizó el programa estadístico R (20) para el análisis de variables.

Cada una de las variables fue descrita según su naturaleza numérica o categórica y se analizó posteriormente su relación con las 5 variables dependientes correspondientes a cada una de las dimensiones en las que el cuestionario divide el autoconcepto. Estas variables dependientes fueron tratadas como variables continuas al ser descritas así por su autor.

Se categorizaron las variables numéricas que recogían el IMC, alimentación, actividad y calidad de vida para poder describir mejor las características de la muestra.

Para hallar la magnitud de la relación entre variables se realizaron modelos de regresión simple con el software estadístico R. Los resultados se reportan como "Estimador" (Intervalo de Confianza 95% y p-valor).

Resultados

Para el estudio piloto se seleccionó una muestra formada por 20 sujetos reclutados en las consultas de pediatría del centro de salud del Coto. La edad de los participantes fue 13 años, el 50% eran del género masculino (10); el 55% (11) residían en el barrio de Viesques, el 70% (14) estudiaban en un centro concertado. En cuanto a su IMC, el 60% (12) presentaban normopeso. Los sujetos de la muestra presentaron un buen rendimiento académico, solo el 5% (1) informaron que habían repetido un curso. El 40% de los sujetos (8) acudían o habían acudido en alguna ocasión al psicólogo o psiquiatra en el último año; ninguno de los entrevistados tomaba psicofármacos en ese momento. Respecto a la conducta agresiva, el 15% (3) informó que había agredido en alguna ocasión a otra persona y el 30% (6) haberse sentido agredido. El número medio de convivientes en sus domicilios fue de 4 familiares y la mayoría de los adolescentes, 80% (16), tenían familias nucleares (ambos padres y el participante, o ambos padres, hermanos y el participante).

Ninguno de los sujetos entrevistados informó consumir tabaco, alcohol u otras sustancias ilegales. En cuanto a la alimentación, el 55% (11) presentaron un nivel nutricional medio, obteniendo en el total de la muestra una puntuación media de 6,5 puntos en el cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea. El 50% (10) manifestaron tener poca actividad física, 45% (9) regular y 5% (1) mucha, pasando una media de tres horas diarias delante de una pantalla y dos horas realizando deporte. En la tabla 1 se describen los estilos de vida de la muestra.

El 60% de los sujetos (12) mostraron estar muy satisfechos en la escala de calidad de vida, seguidos de un 30% (6) que estaban satisfechos y de 5% (1) que tenía algo que mejorar y otro 5% (1) con pequeños problemas, pero significantes.

En relación al autoconcepto, se observó una media de 3,88 puntos en el autoconcepto académico, 4,25 en el autoconcepto social, 3,94 en el autoconcepto físico, 3,88 en el autoconcepto personal y 4,7 en el autoconcepto general.

Se observó una relación directa entre la alimentación y el autoconcepto per-

Tabla 1. Descripción de estilos de vida en la muestra

Variable	Descriptivo
Consumo de sustancias (% consumidores)	
Tabaco	0 (0%)
Alcohol	0 (0%)
Otras drogas	0 (0%)
Alimentación	
Nivel nutricional bajo	5 (25%)
Nivel nutricional medio	11 (55%)
Nivel nutricional alto	4 (20%)
Adherencia dieta mediterránea (media total)	6.5 (4.75 a 8)*
Nivel de actividad física	
Poca	10 (50%)
Regular	9 (45%)
Mucha	1 (5%)
Media horas diarias pantallas	3 (2 a 3.25)*
Media horas diarias deporte	2 (2 a 3)*
Actividad física (media total)	4.5 (4 a 6)*
* Continuas: Mediana (1° a 3° cuartil) Categorías: N (%)	

Figura 1: Relación de la alimentación con el autoconcepto personal

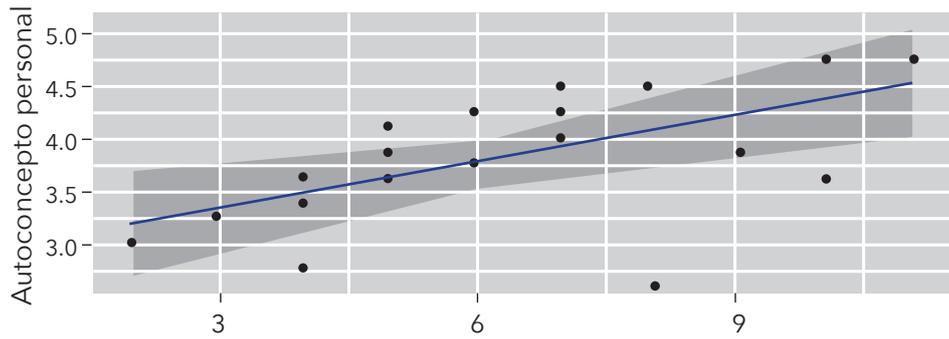


Figura 2: Relación de la actividad física con el autoconcepto físico

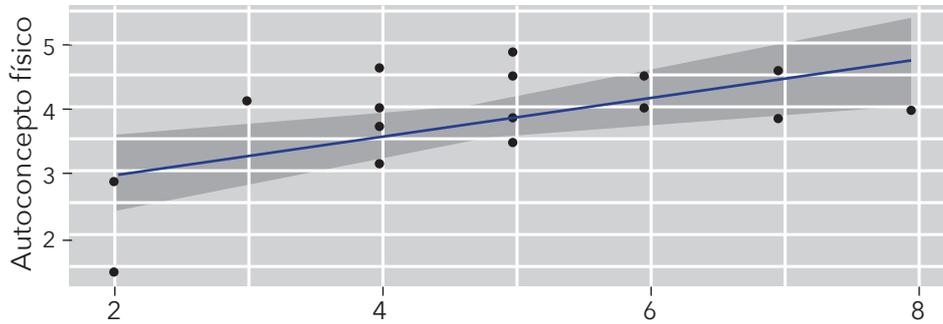
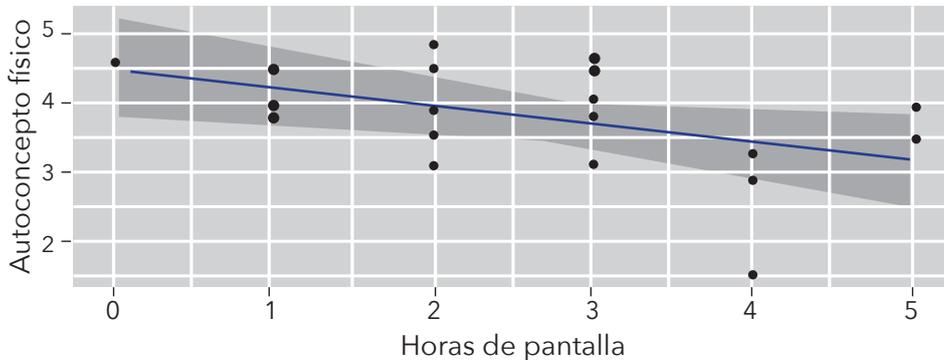


Figura 3: Relación de horas de pantalla con el autoconcepto físico



sonal (Figura 1) con un aumento de 0,15 puntos de autoconcepto por cada punto extra en el cuestionario de alimentación (IC 95% 0,05 a 0,25). No encontrando asociación entre esta variable y el resto de dimensiones en las que se dividió el autoconcepto.

Se aprecia una conexión directa entre la actividad física y el autoconcepto físico (Figura 2) con un aumento de 0,29 puntos

de autoconcepto por cada hora extra de actividad física (IC 95% 0,1 a 0,48).

En contra, se observa relación inversa entre las horas de pantalla y el autoconcepto físico (Figura 3) con un descenso de 0,28 puntos en el cuestionario de autoconcepto por cada hora extra de uso de pantallas al día (IC 95% 0,03 a 0,53).

Por último, se asoció la calidad de vida

Figura 4: Relación de la calidad de vida con el autoconcepto

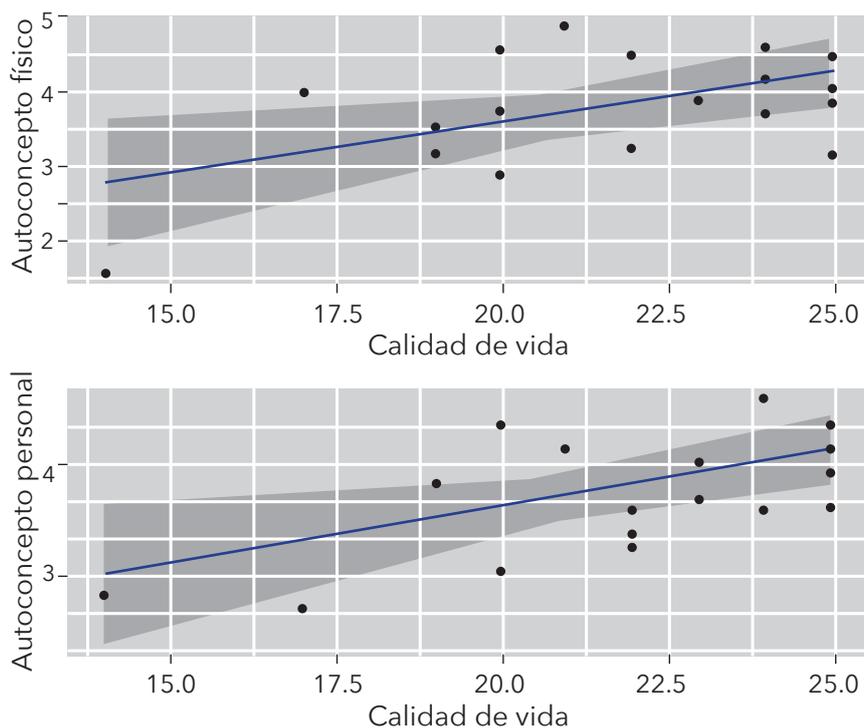


Tabla 2: Resumen resultados

	Variable	Estimador (IC 95%)	p-valor
Autoconcepto físico	Estudios de la madre	1.21 (0.05, 2.38)	0.042
	Actividad	0.29 (0.1, 0.48)	0.005
	Horas de pantalla	-0.28 (-0.53, -0.03)	0.03
	Calidad	0.14 (0.03, 0.25)	0.019
Autoconcepto personal	Alimentación	0.15 (0.05, 0.25)	0.007
	Calidad	0.12 (0.03, 0.2)	0.01
Autoconcepto general	Estudios de la madre	1.02 (0.02, 2.03)	0.046

con las distintas dimensiones del autoconcepto (Figura 4) observando que existe relación directa con el autoconcepto físico aumentando este en 0,14 puntos (IC 95% 0,03 a 0,25) por cada punto extra en la escala de calidad de vida. También se encontró conexión con el autoconcepto personal, aumentando éste en 0,12 puntos (IC 95% 0,03 a 0,2) por cada punto en calidad de vida.

Se puede ver un resumen de los resultados obtenidos en la tabla 2.

Discusión

Este trabajo tenía como objetivo conocer la relación entre el autoconcepto y los estilos de vida en los adolescentes de Gijón. Esta primera parte se ha planteado como un pilotaje de una investigación más amplia, que ha permitido, no obstante, extraer una serie de conclusiones significativas.

Los resultados obtenidos concuerdan con los de otros estudios, donde, por

ejemplo, se asoció un autoconcepto bajo a un mayor riesgo de padecer trastornos alimentarios (21); o se encontró que los sujetos con un patrón de alimentación más saludable presentaban una puntuación mayor en la dimensión de autoconcepto personal (21) y en el resto de dimensiones (5, 22-24). En nuestro estudio solo se obtuvo asociación entre la adherencia a la dieta mediterránea con la dimensión personal del autoconcepto, probablemente debido al reducido tamaño de la muestra.

Con respecto a la actividad física, los resultados obtenidos se ajustan también a los datos de otras investigaciones que encontraron relación entre un mayor autoconcepto físico y mayor nivel de actividad física (23-27). El autoconcepto físico y la actividad física se relacionan de manera bidireccional, pero se ajusta mejor el modelo que propone al autoconcepto como factor influyente (25), ya que el autoconcepto constituye el marco de referencia desde el que interpretamos la realidad, condicionando las metas, la motivación y el rendimiento.

Por otra parte, la exposición repetida a los medios de comunicación, afecta negativamente al autoconcepto físico del adolescente ejerciendo una presión constante sobre el ideal de belleza (28). Esto puede explicar la relación inversa entre las horas de pantalla y el autoconcepto físico en la muestra del estudio.

No se detectó asociación entre el autoconcepto y la edad, el sexo, el barrio de residencia, el tipo de centro académico, los estudios de los padres y las madres, el número de familiares con quien conviven, el tipo de familia o el IMC. Tampoco se halló conexión del autoconcepto con el rendimiento académico, el consumo de psicofármacos, el haber visitado a un psicólogo o psiquiatra, el haber sido agresor o el haberse sentido agredido. A pesar de no haberse encontrado conexión con el autoconcepto, llama la atención el gran

porcentaje de niños y niñas, 40% (8), que han acudido durante el último año al psicólogo o psiquiatra, ya que estamos ante un colectivo de tan solo 13 años de edad.

Muchas de estas variables a estudio no se han podido valorar ya que ninguno de los participantes consumía psicofármacos, tabaco, alcohol o sustancias tóxicas de comercialización ilegal. Además, se pueden observar variables en las que un reducido número de sujetos distaban de la gran mayoría, lo que hizo que no se pudiera estudiar asociación entre estas variables y el autoconcepto. Este es el caso del rendimiento académico, en el que solo un sujeto había repetido un curso en contra al 95% de la muestra que no había suspendido nunca. También se observó en los estudios de los padres y las madres, donde un alto porcentaje habían cursado estudios superiores, dejando una gran minoría repartida entre estudios medias, básicos o sin estudios.

La calidad de vida en el adolescente se relacionó de manera directa con el autoconcepto físico y personal, resultados similares a los observados en otras investigaciones (3, 29).

Tras un análisis de la metodología empleada en este estudio se han detectado una serie de limitaciones a tener en cuenta para una correcta interpretación de los resultados obtenidos.

La principal limitación es el reducido tamaño de la muestra al tratarse de un piloto, que no permite que estos resultados puedan ser extrapolados a la población de estudio. También es importante destacar que el muestreo se realizó en una zona básica de salud y se obtuvo un colectivo de características muy homogéneas, no pudiendo analizar algunas de las variables propuestas en el estudio. Estos datos describen una muestra de elevado nivel económico y socio cultural, lo que hace que se vean sesgados los resultados y no se puedan inferir al total de la población de

Gijón, donde se describirán muchos otros estereotipos no encontrados en este pilotaje. Debemos asumir también la presencia de un sesgo de información, al ser posible que exista algún tipo de error en la obtención y recogida de datos de interés para la investigación. Es importante también, mencionar la posibilidad de que se dé un sesgo de deseabilidad social u obsequiosidad, al contestar los participantes los cuestionarios de la forma que se espera en lugar de la real. Por otro lado, no se han realizado modelos de regresión múltiple debido al poco tamaño de la muestra, por lo que no se puede estudiar la posibilidad de que existan variables modificadoras.

Conclusión

A modo de conclusión, podemos decir que se han hallado datos que indican relación directa entre el autoconcepto físico y la actividad física o la calidad de vida y relación inversa entre esta dimensión del autoconcepto y el número de horas de pantalla. Por otro lado, se puede asociar de un modo directo el autoconcepto personal y la alimentación saludable o la calidad de vida. Según este estudio se pueden relacionar el autoconcepto y los estilos de

vida en los adolescentes al observarse una conexión directa entre un mayor autoconcepto con una mayor adherencia a la dieta mediterránea y un nivel más alto de actividad física y menos horas de pantalla.

Esto puede ser debido a que el autoconcepto, en sus distintas dimensiones, forma nuestro modelo de realidad ideal, de modo que cuanto más cerca nos sintamos de este modelo, más motivados estaremos hacia el cambio de vida en esta dirección. Por eso es posible que se encontrara relación directa entre el autoconcepto físico con actividad física y calidad de vida, o al autoconcepto personal y la alimentación saludable.

No se puede concluir una relación de causalidad en este estudio ya que se realiza desde una perspectiva observacional. Podría ser otra línea de actuación futura realizar un estudio con otro diseño prospectivo que permita definir causalidad entre las diferentes variables y el autoconcepto del adolescente. De este modo, si el estilo de vida resultara el efecto, se podrían desarrollar programas desde atención primaria enfocados a aumentar el autoconcepto para corregir muchos malos hábitos y promover conductas saludables.

Bibliografía

1. Cazalla-Luna N, Molero D. Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *REID*. 2013; 10: 43-64.
2. Shavelson R, Hubner J, Stanton J. Self concept: Validation of construct interpretation. *Rev Educ Res*. 1976; 46 (3): 407-441
3. Videra-García A, Reigal-Garrido R. Autoconcepto físico, percepción de salud y satisfacción vital en una muestra de adolescentes. *Anal. Psicol*. 2013; 29(1): 141-147.
4. Giblin PT, Poland ML, Ager JW. Clinical Applications of Self-Esteem and Locus of Control to Adolescent Health. *J. Adolesc. Health*. 1988; 9: 1-14
5. Pastor Y, Balaguer I, García-Merita M. Relaciones entre el autoconcepto y el estilo de vida saludable en la adolescencia media: un modelo exploratorio. *Psicothema*. 2006; 18(1):18-24
6. Dudovitz RN, Li N, Chung PJ. Behavioral Self-Concept as Predictor of Teen Drinking Behaviors. *Acad Pediatr*. 2013; 13 (4): 316-321.
7. Cumming SP, Standage M, Loney T, Gammon C, Neville H, Sherary LB, Malina RM. The mediating role of physical self-concept in the relationships between the state of biological maturity and physical activity in adolescent women. *J. Adolesc*. 2011; 34 (3): 465-473
8. Lindwall M, Asci H, Crocker P. The Physical Self in Motion: Within-Person Change and Associations of Change in Self-Esteem, Physical Self-Concept, and Physical Activity in Adolescent Girls. *J. Sport Exerc. Psychol*. 2014; 36: 551-563
9. Au AC, Lau S, Lee MT. Suicide ideation and depression: the moderation effects of family cohesion and social self-concept. *J. Adolesc*. 2009; 44 (176): 851-868
10. Torregrosa MS, Ingles CJ, Garcia-Fernandez JM. Aggressive behavior as a predictor of self-concept: a study with a sample of Spanish Compulsory Secondary Education students. *Interv Psicosoc*. 2011; 20(2): 201-212.
11. Penado M, Rodicio-García ML. Análisis del autoconcepto en las víctimas de violencia de género entre adolescentes. *Suma Psicológica*. 2017; 24 (2): 107-114
12. Cava MJ, Buelga S, Carrascosa L. Violencia física y psicológica ejercida en parejas adolescentes: relación con el autoconcepto y la violencia entre iguales. *Behav. Psychol*. 2015; 23 (3):429-446
13. Page RC, Chandler J. Effects of group counseling on ninth-grade at-risk students. *J Ment Health Couns*. 1994; 16 (3): 340
14. NANDA INTERNACIONAL. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2015.
15. Simmons RG, Blyth DA, Van EF, Mitsch D. Entry into early adolescence: the impact of school structure, puberty, and early dating on self-esteem. *Am. Sociol. Rev*. 1979; 44: 948-967
16. Fernández-Zabala A, Goñi E, Rodríguez-Fernandez A. Un nuevo cuestionario en castellano con escalas de las dimensiones del autoconcepto. *Revista Mexicana de Psicología*. 2015; 32(2): 149-159.
17. Serra Majem L, Aranceta Bartronaq J, Ribas Barba L, Sangil Monroy M, Pérez Rodrigo C. El cribado del riesgo nutricional en pediatría. Validación del test rápido Krece Plus y resultados en la población española. En: *Estudio enKid. Crecimiento y desarrollo*. Barcelona: Masson; 2003; 45-55.

18. Román Viñas B, Serra Majem L, Ribas Barba L, Pérez Rodrigo C, Aranceta Bartrina J. Estimación del nivel de actividad física mediante el Test Corto Krece Plus. Resultados de la población española. En: Crecimiento y desarrollo. Estudio enKid. Barcelona: Masson; 2003; 59-74.
19. Diener E, Emmons R, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *J Pers Assess.* 1985; 49: 71-75.
20. Allaire JJ. RStudio. Boston: RStudio, PBC; 2011
21. Castro-Lopez R, Cachón J, Valdivia-Moral P, Zagalaz ML. Estudio descriptivo de trastornos de la conducta alimentaria y autoconcepto en usuarios de gimnasios. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte.* 2015; 10 (2): 251-258.
22. Onetti W, Álvarez-Kurogi L, Castillo-Rodriguez A. Adherence to the Mediterranean diet pattern and self-concept in adolescents. *Nutr Hosp.* 2019; 36 (3): 658-664.
23. Menendez-Mato D, Gonzalez-Gonzalez de Mesa C. Relationships between the practice of Physical and Sports Activity, Self-concept, Body Image and Food Habits in Primary Students. *Rev Int Cienc Deporte.* 2018; 15 (1): 79-96.
24. Ruiz-Azúa S, Rodríguez A, Goñi A. Sociocultural variables in the construction of physical self-concept. *Culture and Educacion.* 2005; 17 (3): 225-238.
25. Revuelta L, Esnaola I, Goñi A. Relationships between adolescent physical self-concept and physical activity. *RIMCAFD.* 2016; 16 (63): 561-581.
26. Barbosa SH, Urrea AM. Influencia del deporte y la actividad física en el estado de salud físico y mental: una revisión bibliográfica. *Katharsis.* 2018; 25: 141-160.
27. Reigal Garrido R, Videra García A, Martín Tamayo I, Juárez Ruiz de Mier R. Importancia del autoconcepto físico y la autoeficacia general en la predicción de la conducta de práctica física. *Apuntes Educación Física y Deportes.* 2013; 112: 46-51
28. Lopez-Guimera G, Levine M, Sánchez-Carracedo D, Fauquet J. Influence of Mass Media on Body Image and Eating Disordered Attitudes and Behaviors in Females: A Review of effects and Processes. *Media Psychol.* 2010; 13: 387-416.
29. Goñi E, Infante G. Actividad físico-deportiva, autoconcepto físico y satisfacción con la vida. *EJEP.* 2010; 3 (2): 199-208.

