



**UNIVERSIDAD DE BURGOS**  
**FACULTAD DE EDUCACIÓN**

Doctorado en Educación



# Estudio de la relación entre la práctica de Actividad Física y la Calidad de Vida

Tesis Doctoral

Tamara Gonzalo Silvestre





**UNIVERSIDAD DE BURGOS**

**FACULTAD DE EDUCACIÓN**

Doctorado en Educación

**TESIS DOCTORAL**

---

**ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE LA PRÁCTICA DE  
ACTIVIDAD FÍSICA Y LA CALIDAD DE VIDA**

---

**Doctoranda:** Tamara Gonzalo Silvestre

**Directora:** Silvia Ubillos Landa

**Codirector:** Mario del Líbano Miralles





## UNIVERSIDAD DE BURGOS

D.<sup>a</sup> Silvia Ubillos Landa, Profesora de la Universidad de Burgos y D. Mario del Líbano Miralles, profesor de la Universidad de Burgos

HACEN CONSTAR que la Tesis Doctoral titulada «**Estudio de la relación entre la práctica de Actividad Física y la Calidad de Vida**», realizada bajo nuestra dirección por D.<sup>a</sup> Tamara Gonzalo Silvestre, reúne todas las condiciones exigibles para ser presentada y defendida públicamente, tanto por la relevancia y actualidad del tema tratado como por el procedimiento metodológico seguido: adecuada contextualización, riguroso procedimiento de obtención, así como un tratamiento de la información y correcta argumentación de las conclusiones. La presente investigación presenta importantes líneas de investigación.

Por todo ello manifestamos nuestro acuerdo para que sea autorizada la presentación y defensa del trabajo referido.

### DIRECTORES DE LA TESIS

Silvia Ubillos Landa

Mario del Líbano Miralles

# AGRADECIMIENTOS

A mi familia, porque siempre han creído en mí y me han apoyado. En especial, a mi madre, por ser la luz que siempre guía mis pasos, desde donde esté.

A Fer, por estar siempre ahí, por levantarme cuando me caigo, por ser mi hombro para llorar, por darme fuerza para seguir cada día, por acompañarme en este proceso, por soportar mis altibajos continuos y por su amor incondicional.

A Julia, por darme el impulso que me faltaba para continuar, aun sin saberlo. Por sus risas, su cariño y su energía.

A Laura, a David y a Noelia, por darme fuerza en esta recta final, por ayudarme, apoyarme y aconsejarme.

A todas las personas que forman parte de mi vida y que, de la forma que sea, me han apoyado y ayudado.

A todas las personas que han participado en este estudio y que lo han convertido en realidad.

Y por último y, sobre todo, a Silvia y a Mario. A Silvia, por apoyarme en momentos difíciles, por enseñarme todo lo que sabe, por su paciencia y su tesón y por guiarme en este largo camino. Y a Mario, también por enseñarme y guiarme, por sus ánimos y por ser mi conciencia cuando lo he necesitado. Sin su ayuda y apoyo esto no habría sido posible.

A todos, muchas gracias.

# ÍNDICE

<b>Introducción .....</b>	<b>3</b>
<b>Capítulo 1 – La Calidad de Vida y sus componentes asociados .....</b>	<b>9</b>
1.1. Evolución histórica del concepto de Calidad de Vida .....	11
1.2. La Calidad de Vida: Enfoques, definición y modelos .....	24
1.2.1. Enfoques de la Calidad de Vida: Objetivo y subjetivo .....	24
1.2.2. Definiciones de CV .....	29
1.2.3. Diferentes modelos de CV .....	32
1.3. Calidad de Vida y Bienestar: Perspectiva desde la Psicología Positiva	39
1.3.1. Bienestar subjetivo .....	48
1.3.2. Satisfacción con la vida .....	53
1.3.3. Felicidad .....	56
1.3.4. Afectividad .....	61
1.3.5. Bienestar psicológico .....	65
1.4. Otras variables o conceptos relacionados con la Calidad de Vida .....	70
1.4.1. Flow .....	71
1.4.2. Salud mental .....	81
1.4.3. Autoestima .....	87
1.4.4. Autoconcepto .....	95
1.4.5. Soledad .....	103
1.4.6. Apoyo Social .....	109
<b>Capítulo 2 – La actividad Física .....</b>	<b>119</b>
2.1. Conceptualización de la Actividad Física .....	121
2.1.1. Componentes básicos de la Actividad Física .....	123
2.1.1.1. Frecuencia .....	123
2.1.1.2. Duración .....	124
2.1.1.3. Intensidad .....	124
2.1.2. Otros componentes de la Actividad Física .....	126
2.1.2.1. Tipo de Actividad Física que se realiza .....	126
2.1.2.2. Campos o entornos donde se realiza la Actividad Física .....	127

2.2. Medición de la Actividad Física .....	128
2.2.1. Métodos Criterio .....	131
2.2.1.1. Observación o Grabación directa .....	131
2.2.1.2. Agua doblemente marcada .....	132
2.2.1.3. Calorimetría directa .....	133
2.2.1.4. Calorimetría indirecta .....	134
2.2.2. Métodos Objetivos .....	135
2.2.2.1. Acelerómetro .....	135
2.2.2.2. Podómetro .....	137
2.2.2.3. Monitor de frecuencia cardíaca .....	137
2.2.3. Métodos subjetivos .....	138
2.2.3.1. Registros de actividad y diarios .....	139
2.2.3.2. Cuestionarios y Entrevistas .....	140
2.2.4. Medición de la AF en la presente investigación .....	147
2.3. Importancia de la práctica de AF y su relación con la CV y sus componentes .....	148
2.3.1. Calidad de vida .....	148
2.3.2. Bienestar subjetivo: Satisfacción con la vida, Felicidad y Afectividad .....	149
2.3.3. Bienestar Psicológico .....	150
2.3.4. Otras variables relacionadas con la Calidad de Vida: Flow, Salud Mental, Autoestima, Autoconcepto, Soledad y Apoyo Social .....	150
<b>Capítulo 3 – Estudio 1. Actividad Física y Calidad de Vida en población general .....</b>	<b>155</b>
3.1. Justificación .....	157
3.2. Estudio Empírico .....	169
3.2.1. Objetivos .....	169
3.2.2. Hipótesis .....	169
3.2.3. Método .....	172
3.2.3.1. Tipo de muestreo .....	173
3.2.3.2. La Muestra .....	173



3.2.3.3. Procedimiento de recogida de datos .....	181
3.2.3.4. Instrumentos de medida .....	183
3.2.4. Análisis de datos .....	200
3.3. Discusión .....	224
3.3.1. Fortalezas y Limitaciones .....	238
3.3.2. Futuras líneas de investigación .....	241
<b>Capítulo 4 – Estudio 2. Mujer, Actividad Física y Calidad de Vida: El Autoconcepto como mediador .....</b>	<b>243</b>
4.1. Justificación .....	245
4.2. Estudio empírico .....	252
4.2.1. Objetivos .....	252
4.2.2. Hipótesis .....	253
4.2.3. Método .....	254
4.2.3.1. Tipo de Muestreo .....	254
4.2.3.2. La Muestra .....	254
4.2.3.3. Procedimiento de recogida de datos .....	258
4.2.3.4. Instrumentos de medida .....	259
4.2.4. Análisis de datos .....	264
4.2.5. Resultados .....	266
4.3. Discusión .....	276
4.3.1. Fortalezas y Limitaciones .....	282
4.3.2. Futuras líneas de investigación .....	284
<b>Capítulo 5 – Conclusiones .....</b>	<b>287</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>305</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>393</b>
Anexo 1: Cuestionario para población general – Estudio 1 .....	395
Anexo 2: Cuestionario mujer – Estudio 2 .....	403

# ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Modelo de las cuatro calidades de Veenhoven .....	34
Tabla 2. Elementos centrales y cercanos al núcleo de las definiciones de eudaimonia y hedonia .....	46
Tabla 3. Flow y su relación con la Calidad de Vida Subjetiva .....	77
Tabla 4. Salud Mental y su relación con la Calidad de Vida Subjetiva .....	84
Tabla 5. Autoestima y su relación con la Calidad de Vida Subjetiva .....	90
Tabla 6. Autoconcepto y su relación con la Calidad de Vida Subjetiva .....	98
Tabla 7. Soledad y su relación con la Calidad de Vida Subjetiva .....	107
Tabla 8. Apoyo Social y su relación con la Calidad de Vida Subjetiva .....	112
Tabla 9. Escala de Esfuerzo Percibido de Borg .....	145
Tabla 10. Descripción de la muestra en función de la edad y el género .....	174
Tabla 11. Descripción de la muestra en función de las enfermedades .....	174
Tabla 12. Descripción de la muestra en función de la situación laboral .....	175
Tabla 13. Descripción de la muestra en función de los estudios cursados...	176
Tabla 14. Descripción de la muestra en función de su situación personal...	176
Tabla 15. Descripción de la muestra en función del nivel de práctica de AF .....	177
Tabla 16. Frecuencia de la práctica de AF .....	177
Tabla 17. Frecuencia de la práctica de AF saludable .....	178
Tabla 18. Duración de las sesiones de AF .....	178
Tabla 19. Duración de las sesiones de AF saludable .....	179
Tabla 20. Intensidad de las sesiones de AF .....	179
Tabla 21. Intensidad de las sesiones de AF saludable .....	180
Tabla 22. Lugar donde se practica AF .....	180
Tabla 23. Relación entre los grupos de AF y la ocupación .....	181
Tabla 24. Frecuencia de AF .....	185
Tabla 25. Duración de AF .....	186
Tabla 26. Intensidad de AF .....	187
Tabla 27. Indicador de Actividad física .....	189

Tabla 28. Diferencias en la práctica de AF en función del sexo .....	205
Tabla 29. Tabla cruzada Grupos de AF X Sexo .....	206
Tabla 30. Tabla cruzada Frecuencia/ Duración/ Intensidad X Sexo .....	207
Tabla 31. Comparativa entre los 3 grupos de práctica de AF y la frecuencia, duración e intensidad a la hora de hacer AF.....	210
Tabla 32. Comparativa entre los 3 grupos de práctica de AF y la CV y otras variables relacionadas .....	211
Tabla 33. Coeficientes de correlación de Pearson entre la práctica de AF, la CV y sus indicadores .....	213
Tabla 34. Coeficientes de correlación de Pearson entre la práctica de AF y el Bienestar Subjetivo .....	214
Tabla 35. Coeficientes de correlación de Pearson entre la práctica de AF y el Bienestar Psicológico .....	214
Tabla 36. Coeficientes de correlación de Pearson entre la práctica de AF y Flow .....	215
Tabla 37. Coeficientes de correlación de Pearson entre la práctica de AF, la Salud Mental, la Autoestima y el Autoconcepto .....	216
Tabla 38. Coeficientes de correlación de Pearson entre la práctica de AF el Apoyo Social y la Soledad .....	217
Tabla 39. Análisis de regresión lineal múltiple: Indicadores Generales de Calidad de Vida .....	218
Tabla 40. Análisis de regresión lineal múltiple: Dimensiones de la Calidad de Vida .....	219
Tabla 41. Índices de ajuste y diferencia de cuadrados .....	223
Tabla 42. Carrera que se está cursando .....	255
Tabla 43. Frecuencia con que se practica AF .....	256
Tabla 44. ¿Se practica AF con una Frecuencia saludable? .....	257
Tabla 45. Duración de las sesiones de Actividad Física .....	257
Tabla 46. ¿Se practica Actividad Física con una Duración saludable? .....	258
Tabla 47. ¿Se practica AF con una Duración saludable? .....	258
Tabla 48. Coeficientes de correlación de Pearson entre la práctica de AF, la calidad de vida y sus indicadores .....	267
Tabla 49. Validez predictiva e incremental de la AF en la PCV introduciendo el Autoconcepto General .....	269

Tabla 50. Validez predictiva e incremental de la AF en la Satisfacción con la Salud introduciendo el Autoconcepto General .....	270
Tabla 51. Validez predictiva e incremental de la AF en la PCV introduciendo las Dimensiones del Autoconcepto .....	271
Tabla 52. Validez predictiva e incremental de la AF en la Satisfacción con la Salud introduciendo las Dimensiones del Autoconcepto .....	272

# ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de Calidad de Vida de Felce y Perry .....	35
Figura 2. Modelo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud .....	38
Figura 3. Modelo de Calidad de Vida de Hagerty et al. ....	39
Figura 4. Relación entre los conceptos de Calidad de Vida y Bienestar ....	52
Figura 5. Usos de la felicidad según Veenhoven .....	59
Figura 6. Un modelo de la experiencia de flujo .....	73
Figura 7. Propuesta Teórica de los Componentes de la Calidad de vida Subjetiva y Conceptos Asociados .....	117
Figura 8. Análisis de la práctica de AF en diferentes niveles .....	146
Figura 9. Propuesta Teórica de la Relación entre Actividad Física, Calidad de Vida, Componentes de la Calidad de Vida y Conceptos Asociados .....	153
Figura 10. Modelo Teórico de la Relación entre Actividad Física, Calidad de Vida, Bienestar, Aspectos Personales y Sociales .....	168
Figura 11. Modelo de Mediación de la Calidad de Vida en la Relación entre Actividad Física y Bienestar Subjetivo .....	224
Figura 12. La relación entre la AF y la PCV .....	275
Figura 13. El Autoconcepto General como mediador entre la AF y la PCV .....	275
Figura 14. El Autoconcepto Físico como mediador entre la AF y la PCV .....	275
Figura 15. Validez predictiva e incremental de la AF en la PCV con el Autoconcepto unidimensional .....	298

# **INTRODUCCIÓN**



Actualmente vivimos en una sociedad que se encuentra en una constante búsqueda de calidad de vida (en adelante, CV) y bienestar, entendido desde su perspectiva tanto física como psicológica. Centrándonos en la perspectiva psicológica, podemos decir que son muchos los factores que influyen en su consecución. Tal como se verá a lo largo de la misma, uno de los más importantes es la realización de actividad física (en adelante, AF). Sin embargo, hoy en día, la Unión Europea se encuentra a la cabeza del ranking de sedentarismo, al contar con la mitad de su población calificada como sedentaria (Moreno, 2021), por tanto, la CV de esta población puede verse afectada.

Por tanto, la presente Tesis Doctoral se desarrolla en torno a dos constructos principales: por un lado, la CV, teniendo en cuenta algunos de sus indicadores, como el bienestar subjetivo, el bienestar psicológico, el *flow*, la salud mental, la autoestima, el autoconcepto, la soledad y el apoyo social; y, por otro lado, la práctica de AF. Nuestro propósito es ahondar en la influencia que ejerce la práctica de AF en la percepción subjetiva que tienen las personas sobre su CV, su salud mental y emocional, su ajuste social, su autopercepción y su estado de *flow*. Para ello, no solo será necesario estudiar en profundidad ambos constructos, sino también la relación que existe entre ellos.

Los numerosos beneficios, tanto físicos como psicológicos, que conlleva la práctica de AF, quedan demostrados con investigaciones como la de Jiménez et al. (2008) con una muestra de universitarios, la de Martínez et al. (2021) con personas mayores y, la de Maganto et al. (2019) con adolescentes.

Si nos centramos en los estudios sobre la influencia de la práctica de AF en la salud física, estos han sido más numerosos y, tradicionalmente, han tenido mayor desarrollo científico que los relacionados con la salud psicológica. De esta manera, a nivel de salud física, muchos profesionales recomiendan realizar algún tipo de ejercicio para mejorar o bien prevenir diferentes patologías (Castellano et al., 2013). Asimismo, Warbuton et al.



(2006) realizaron una revisión en la que se evidencia que la práctica de AF contribuye a la prevención primaria y secundaria de varias enfermedades crónicas y se asocia con un riesgo reducido de muerte prematura.

No obstante, en las últimas décadas los estudios sobre la relación de la AF con la salud psicológica han adquirido mayor relevancia. La práctica de AF se concibe como una sensación subjetiva de salud que redundaría en el bienestar, vinculando el concepto de salud al de CV, además de considerarse un remedio para curar o prevenir diversas enfermedades. Investigaciones como las de Rodríguez-Fernández et al. (2017), con jóvenes estudiantes, Stathi et al. (2002), con personas mayores, y el metaanálisis realizado por Reed y Buck (2009) son una evidencia de ello.

Partiendo de las investigaciones previas que versan sobre la influencia que tiene la práctica de AF en los diferentes componentes de CV, se puede afirmar que la AF mejora, por una parte, el bienestar subjetivo de las personas (e.g., Parra-Rizo y Sanchis-Soler, 2020), encontrando estudios que verifican que realizar ejercicio mejora la satisfacción con la vida (e.g., An et al., 2020; Iwan et al., 2021; Maher et al., 2013; Molina, et al., 2006; Pengpid y Peltzer, 2019) y la felicidad (e.g., Forrest y McHale, 2009; Iwan et al., 2021; Pengpid y Peltzer, 2019; Ruseski et al., 2014; Zang y Che, 2019). Por otra parte, la práctica de AF mejora el bienestar psicológico (e.g., Granero-Jiménez et al., 2022; López-Walle, et al., 2020; Mesa-Fernández et al., 2022) y la salud mental, entendida como ansiedad, depresión y estrés, (e.g., Bisquet et al., 2020; Kandola y Stubbs, 2020; Kelly et al., 2018; Mammen y Faulkner, 2013; Rodríguez-Romo, Barriopedro, Alonso y Garrido-Muñoz, 2015; Oswald et al., 2020), así como el *flow* (e.g., Jackman et al., 2019; Karlsen, 2021). De la misma manera, la realización de AF hace que mejore tanto la autoestima (e.g., Iwan et al., 2021; McAuley et al., 2005; White, Wójcicki y McAuley, 2009) como la autopercepción o autoconcepto (e.g., Babic et al., 2014; Infante, Goñi y Villarroel,

2011; Suherman et al, 2019). Finalmente, la práctica de AF también mejora el apoyo social que sienten las personas (e.g., Mendonça y Cazuzza, 2015; Niedermeier et al., 2019; Van Dyck et al., 2015), así como la soledad emocional (e.g, De Freitas y Foureaux; 2015; Diehls et al., 2018; Dos Santos, et al., 2015; Newall, et al., 2013; Vancampfort et al., 2019).

Por su parte, existen estudios similares a estos pero que centran su atención en la perspectiva de género y aportan resultados parecidos, afirmando que la CV de las mujeres, así como algunos de sus componentes principales, mejoran mediante la práctica de AF (e.g., Borges-Silva et al. en 2016; Candel et al., 2008; Castellano et al., 2013; Cruz-Ferreiras et al., 2014; Feuerhahn, et al., 2014; Forrest y McHale, 2009; García y Forment, 2018; Ghaseminezhad, 2011; Huang y Humphreys, 2011; Sevil et al., 2017).

Teniendo en cuenta lo que se acaba de exponer, la tesis que se presenta a continuación se ha desarrollado para alcanzar el siguiente objetivo general: «Conocer la relación entre la práctica AF y los diferentes aspectos de la CV, especialmente aquellos relacionados con sus dimensiones subjetivas». En concreto, esta tesis se divide en 4 capítulos: el primer y el segundo capítulo constituyen el marco teórico de la CV y de la AF, mientras que los capítulos tercero y cuarto se corresponden con los dos estudios empíricos realizados. La tesis se culmina con un último capítulo de conclusiones en el que se discute si se ha alcanzado el objetivo general y los específicos, y se ahonda en las implicaciones de los resultados obtenidos. A continuación, se resume brevemente el contenido de cada uno de los capítulos.

En el primer capítulo se abordará el concepto de CV. Se partirá de su evolución histórica para conocer las diferentes perspectivas sobre este concepto desde la antigüedad hasta llegar a la actualidad. Para comprender mejor su estructura, se analizarán los diferentes enfoques, definiciones y modelos explicativos. Asimismo, se abordará el

concepto de CV desde la perspectiva de la psicología positiva, con el fin de proporcionar una visión más completa de la CV. De la misma manera, se estudiarán conceptos afines, directamente relacionados con la CV como son: el bienestar subjetivo, en el que se incluye la satisfacción con la vida, la felicidad y la afectividad, el bienestar psicológico, el *flow* o estado de fluencia, la salud mental, la autoestima, el autoconcepto, la soledad y el apoyo social. Todos estos conceptos serán las variables analizadas en los dos estudios empíricos que componen la tesis.

En el segundo capítulo se analizará el concepto de AF y sus diferentes componentes, prestando especial atención a la frecuencia, a la duración y a la intensidad de la práctica de AF. Asimismo, se explicarán diferentes formas de medición de la AF, atendiendo a la clasificación de métodos criterio, métodos objetivos y métodos subjetivos, con la finalidad de especificar cómo se medirá la práctica de AF en los dos estudios que se llevarán a cabo. Finalmente, se analizará la relación entre la AF y la CV y sus componentes, con el objetivo de tener una visión general de la interacción entre los dos conceptos clave abordados en esta investigación.

En el capítulo 3 se realizará el primer estudio empírico, titulado «Actividad física y calidad de vida en población general». Esta investigación abordará la relación entre la práctica de AF y los aspectos subjetivos de la CV desde un prisma general. Se fundamenta en los siguientes objetivos:

1. Conocer la relación existente entre la práctica de la AF, la CV y diferentes variables asociadas con la salud y el bienestar personal.
  - 1.1. Analizar la relación entre la práctica de la AF y las variables socio-demográficas como el sexo y la edad.

- 1.2. Conocer la agrupación de los participantes en el estudio en función de la frecuencia, duración e intensidad de la práctica de AF y su relación con la edad y las variables relacionadas con la CV.
- 1.3. Estudiar la relación que existe entre la AF y los componentes subjetivos de la CV (satisfacción con la vida, felicidad y afectividad), el bienestar eudaimónico (Bienestar Psicológico), el *flow*, el autoconcepto, la autoestima, la salud mental, el apoyo social y la soledad.
- 1.4. Comprobar la influencia que tiene la AF en la CV y sus diferentes variables asociadas (satisfacción con la vida, felicidad, afectividad, bienestar psicológico, *flow*, autoconcepto, autoestima, salud mental, apoyo social y soledad).

En el capítulo 4 se desarrollará el segundo estudio empírico titulado «Mujer, actividad física y calidad de vida: el autoconcepto como mediador». Dicha investigación se centrará en la misma temática y profundizará en aspectos relacionados con la perspectiva de género; en concreto, se examinará la influencia que tiene la AF en la percepción subjetiva de la CV de las mujeres adultas. Con este estudio se pretenden alcanzar los siguientes objetivos:

2. Ahondar en la relación existente entre la práctica de AF y diferentes variables relacionadas con la CV en mujeres sanas.
  - 2.1. Estudiar las relaciones existentes entre la práctica de AF, la CV, la Percepción de la Calidad de Vida (PCV), la satisfacción con la salud y otros indicadores de CV.
  - 2.2. Analizar la validez predictiva e incremental de la práctica deportiva sobre la percepción que tienen las mujeres acerca de su CV y su satisfacción con la salud. Es decir, se examinará el grado en que una nueva variable (AF) mejora la capacidad predictiva de un conjunto de medidas previas (bienestar subjetivo,

autoconcepto y autoestima) sobre las variables criterio (PCV y satisfacción con la salud).

2.3. Comprobar si el efecto predictivo de la AF sobre la PCV y la satisfacción con la salud está mediado por el autoconcepto y/o sus dimensiones.

2.4. Verificar las diferencias de resultados dependiendo del enfoque unidimensional o multidimensional utilizado para medir el autoconcepto.

Finalmente, en el capítulo 5 se presentarán las conclusiones extraídas a partir de los resultados obtenidos. En concreto, se analizarán las implicaciones y aportaciones de cada uno de los capítulos y se hará un repaso de la consecución de los objetivos propuestos al inicio de la tesis, tanto a nivel general como para cada uno de los estudios realizados. Por su parte, también se discutirán los resultados obtenidos, prestando especial atención a aquellos más relevantes. Finalmente, se indicarán las fortalezas, limitaciones y aplicaciones prácticas encontradas a lo largo de la realización de esta tesis doctoral.

Con la elaboración de esta tesis doctoral se espera ampliar el conocimiento sobre la CV y la AF, así como analizar la relación existente entre ellas, para concienciar a la sociedad de la importancia de llevar una vida activa en todas las etapas de la vida. Asimismo, se pretende contribuir, por medio de sus dos estudios empíricos, a la replicación de los resultados obtenidos en otras investigaciones, así como a proponer futuras líneas de investigación basadas en los resultados obtenidos.

# **CAPÍTULO 1**

## **LA CALIDAD DE VIDA Y SUS COMPONENTES ASOCIADOS**



En el presente capítulo se revisa el concepto de Calidad de Vida (CV) para comprender mejor su trascendencia. Por este motivo, en primer lugar, se describe su evolución histórica. Posteriormente, se presentarán diferentes definiciones asociadas al concepto para, más adelante, explicar los distintos modelos que se han desarrollado en torno a la CV. Finalmente le daremos especial importancia a la perspectiva psicológica de la CV, pues es la visión en la que se va a centrar la presente tesis doctoral.

### **1.1. Evolución histórica del concepto de Calidad de Vida**

El concepto de CV ha estado presente desde la antigüedad, quizá no con el mismo nombre, pero sí con una concepción similar. Ya desde la Grecia clásica, las personas estaban preocupadas por la consecución de la buena vida. Según la ética de Platón (428-348 a.C.), el objetivo de la vida de las personas no es solamente la satisfacción de sus necesidades materiales, sino también el desarrollo completo de su personalidad con el fin de alcanzar una felicidad identificada con la armonía de su vida (la buena vida). Por su parte, Aristóteles introduce el concepto de eudaimonía (felicidad) entendida como plenitud de la persona. En su libro *Ética a Nicómaco* (siglo IV a.C.), ponía de manifiesto que todas las personas obran por un fin y que hay un fin último y único de la vida humana, que es la felicidad (García-Martín, 2002). Los filósofos griegos pensaban que para lograr la felicidad era necesario ser virtuoso, por lo tanto, la verdadera felicidad del ser humano implicaba una perfección moral y acciones en beneficio de la colectividad, antes que el mero placer (Oishi, 2012). Es decir, que el ser humano necesita de los demás para construir un mundo o ambiente propicio en el cual alcanzar la plenitud, causa esencial de la felicidad. Estas concepciones de felicidad pueden considerarse el principio de lo que hoy en día se conoce como CV (Oishi, et al., 2007).

El pensamiento europeo durante la Edad Media sobre cómo vivir la vida, tomaba como referencia la concepción Aristotélica de la felicidad sumada a los principios



judeocristianos presentes en la Biblia que relegaban a un segundo plano la acumulación de riquezas y la felicidad terrenal. Según este pensamiento, para alcanzar la felicidad había que vivir una vida virtuosa. De esta manera, Santo Tomás de Aquino consideraba que las personas debían tener 7 virtudes, fortaleza, justicia, templanza, sabiduría, lucha, esperanza y caridad, que ayudarían a alcanzar la felicidad. Ideas como ser un anfitrión hospitalario, especialmente con los pobres, ser justo a la hora de decidir y de juzgar y buscar paz en la vida cotidiana guiaban la vida de las personas (Snyder et al., 2011).

La llegada del siglo XVI trajo consigo una nueva corriente de pensamiento, la doctrina mercantilista, donde la justicia y la salvación dejan de tener interés. El mercantilismo se basa en la importancia de la economía que fortalecía las naciones para lograr su bienestar. Se pensaba que cuanto más aumentara la riqueza de la sociedad, mayor sería su bienestar, por lo tanto, se orientaron todos los esfuerzos a incrementar la riqueza de las naciones (Somarriba, 2008).

Es en el siglo XVIII cuando el filósofo Jeremy Bentham (1789) inicia investigaciones sobre el bienestar subjetivo y el bienestar general. Sus escritos fueron el origen de otra nueva corriente de pensamiento, el utilitarismo, en la que se ponía de manifiesto que el fin último del gobierno debía ser la consecución de la felicidad para el mayor número de personas de la sociedad, convirtiendo de esta manera la felicidad en un fin social y no en un objetivo individual (Castellanos-Cerceda, 2012). Esta nueva corriente va a tener una profunda influencia en los estudios modernos del bienestar y la CV.

Posteriormente, la llegada del siglo XIX en Europa trajo consigo las revoluciones tanto ideológicas como sociales, económicas y políticas, donde destacan tres grandes movimientos: la revolución Industrial, la creación de los Estados Modernos y la creación de partidos políticos y sindicatos de trabajadores. Estos movimientos dieron lugar a la

teorización del «Estado del Bienestar», cuya máxima era que el Estado debía proteger y cuidar a sus ciudadanos y, por extensión, la sociedad en su conjunto debía orientar su actividad a dotarse del mayor bienestar posible. Esta teorización se fue gestando poco a poco hasta después de la Segunda Guerra Mundial (1945), momento en el que se pusieron en marcha unas nuevas políticas socio económicas que proponían una serie de garantías sociales a todos los individuos (Vázquez, 2009).

Por otra parte, es a partir de la segunda década del siglo XX, cuando se empezaron a utilizar los primeros instrumentos de medición para comprender la felicidad y el bienestar subjetivo, analizando las posibles relaciones causales con el comportamiento de las personas y haciendo un seguimiento temporal. En ese momento se sentaron las bases de lo que algunos autores denominaron la «Ciencia de la Felicidad», referida a las indagaciones y generalizaciones empíricas y teóricas respaldadas por mediciones subjetivas que pretenden conocer los factores que influyen en el bienestar de las personas (Angner, 2011; Layard, 2005). Como indica Castellanos-Cerceda (2012), teniendo en cuenta a autores como Angner (2011), Bok (2010) y Cobb y Rixford (1998), en el siglo XX se pueden distinguir tres periodos históricos en función de sus aportaciones a los conceptos de felicidad, bienestar y CV:

- De 1920 a 1950

Durante este periodo, son los indicadores económicos los que están más presentes a la hora de hablar de bienestar y CV de las personas. Después de la Segunda Guerra Mundial la mayor preocupación de las políticas públicas era el impulso del empleo y el crecimiento económico, dada la gran depresión generada. De esta manera, se crearon indicadores económicos, empleados todavía en la actualidad, para medir el bienestar de la población a nivel económico, como la tasa de desempleo, el Producto Nacional Bruto (PNB) y el Ingreso Per Cápita (IPC) (Cobb y Rixford, 1998; citado en Castellanos-

Cerceda, 2012; Haggart 2000). El PNB fue creado como un instrumento para organizar la producción en tiempos de guerra y medía el valor económico derivado de los bienes y servicios producidos por un país (Haggart 2000). Mientras que el IPC es una medida de tendencia central que indica, hipotéticamente, que porción de riqueza del país le corresponde a cada persona. Sin embargo, estos indicadores económicos tienen limitaciones a la hora de hablar del bienestar alcanzado por las personas. Por una parte, el PNB solamente contempla las actividades sociales que tienen valor económico, de hecho, su creador, Simon Kutznes, afirmó que se trataba de una medición limitada pues no incluía todas las actividades relevantes en la economía, como por ejemplo la estimación del trabajo doméstico no pagado (Rowe, 2008). Por otro lado, el IPC no refleja ni el ingreso ni la satisfacción real de las personas que sería la forma más cercana de conocer el bienestar conseguido por cada individuo (Castellanos-Cerceda, 2012).

Sin embargo, a pesar de que el bienestar subjetivo había quedado relegado a un segundo plano, siguen haciéndose aportaciones puntuales al mismo, pero solamente se abordaron desde el ámbito de la psicología. De esta manera, entre 1920 y 1930 se dieron los primeros pasos en la utilización de instrumentos para medir el bienestar subjetivo y se realizaron las primeras investigaciones desde el ámbito de la psicología, principalmente la psicología educativa y de la personalidad, y sobre las relaciones matrimoniales. Se aplicaron cuestionarios con preguntas sobre la visión que tenían las personas acerca de si su vida era feliz, satisfactoria y exitosa (Castellanos-Cerceda, 2012).

Respecto a los estudios acerca de las relaciones matrimoniales, cabe destacar a Katharine Bement Davis y a Hamilton, quienes realizaron los primeros trabajos relacionados con este ámbito. Por un lado, Davis (1929; citado en Anger, 2011) realizó un estudio con 2200 mujeres con el que pretendía conocer los factores físicos y mentales de la vida sexual de las mujeres y también explorar las correlaciones entre su vida sexual

y otros aspectos de sus vidas con preguntas como «¿Considera su vida en general (a) feliz, satisfactoria, exitosa; (B) infeliz, insatisfactoria, fracasada? En cada caso, ¿por qué? (p. 89)». Por su parte, Hamilton (1929; citado en Anger, 2011) realizó un estudio similar cuyo objetivo era conocer el grado de satisfacción de las parejas en sus matrimonios. En los cuestionarios aplicó una batería de preguntas sobre satisfacción cuyas respuestas ayudaban a calcular lo que él denominó «índice de satisfacción/insatisfacción del cónyuge» (p. 78-79).

Pero quizá el estudio más influyente en esta época fue el desarrollado por Goodwin Watson (1930; citado en Anger, 2011) en el ámbito de la psicología educativa. En él se pretendía medir el grado de felicidad de los estudiantes universitarios. Para ello distribuyó 388 cuestionarios a estudiantes de educación con una amplia batería de preguntas acerca de la felicidad y también incluyó preguntas sobre los rasgos de personalidad y las condiciones de vida. En esta misma línea, la tesis doctoral realizada por Sailer (1931; citado en Anger, 2011) y dirigida por Watson analizó la autoevaluación de la felicidad en los hombres jóvenes. A diferencia de los investigadores de las relaciones matrimoniales, Watson y sus seguidores trataron la felicidad como una propiedad individual de la persona y no como una propiedad del matrimonio, empleando una gran variedad de mediciones para determinar el grado de felicidad de las personas.

Tal como se observa en estos estudios sobre las relaciones matrimoniales y la psicología de la educación, en todos está presentes la medición de aspectos de la personalidad. A pesar de que la psicología de la personalidad fue estudiada desde la Primera Guerra Mundial, no fue hasta la realización de este tipo de trabajos cuando los psicólogos empezaron a confiar en que se podían medir de manera fiable y válida los aspectos de la personalidad como la felicidad. Este tipo de estudios concluyeron que, además de obtenerse resultados beneficiosos para el estudio de la psicología de las

personas, los resultados podían ser útiles para los gobiernos (Anger, 2011). De esta manera se creó el «Euforímetro», una escala para medir la felicidad y las causas de la angustia de las personas (Hart, 1940; citado en Anger, 2011). Por una parte, se medía la felicidad inmediata (experiencia emotiva más cercana, ausencia o presencia de placer o dolor) y, por otra, la felicidad a largo plazo o satisfacción (evaluación de la vida en su conjunto).

- De 1960 y 1970.

También desde el ámbito de la psicología, a finales de los años 50 y principios de los 60, los trabajos sobre felicidad, satisfacción y otras variables de la psicología de la personalidad se extendieron a ámbitos como la salud mental y la gerontología. En estos estudios, se emplearon medidas de felicidad y satisfacción con la intención de medir la salud mental en muestras grandes de población. Cabe destacar la investigación realizada por Gurin et al. (1960), con una muestra de 2460 adultos, para medir la percepción que tenían los estadounidenses sobre su salud mental. Para ello emplearon una batería de criterios entre los que figuraba si la gente se siente o no feliz, ya que consideraron que la felicidad era un indicador fundamental de la salud mental.

Siguiendo los pasos de Gurin et al. (1960), el estudio de Bradburn y Caplovitz (1965) sobre la relación del comportamiento con la salud mental, pretende ser el primero de una serie de inventarios periódicos sobre el bienestar psicológico de una nación. Es decir, determinar cómo se ve afectada la persona (aspectos de su personalidad, cómo se siente, su salud mental, ...) por las tendencias sociales importantes (las crisis, los cambios en la economía y en la sociedad, así como acontecimientos en la vida del individuo). Estos autores identifican bienestar psicológico, salud mental y felicidad como un concepto unidimensional (Anger, 2011).

Sin embargo, durante esta época las investigaciones con mediciones subjetivas siguen estando relegadas a un segundo plano y son realizadas por un pequeño sector de estudiosos de la psicología. Siguen primando los estudios sociales que tratan de medir la CV desde una perspectiva más cuantitativa.

En un primer momento, los científicos sociales se dedicaban a recabar información y datos objetivos sobre el estado socioeconómico, el nivel educacional o el tipo de vivienda (todos ellos indicadores objetivos de la CV) (Urzua y Caqueo-Urizar, 2012). Esta concepción de CV con indicadores socioeconómicos macrosociales se identifica con el llamado bienestar social. Paralelamente, surge también el denominado bienestar humano que examina las diferencias de la CV en función de factores objetivos como el sexo, la edad, la clase social, el estado civil, la salud o el nivel de ingresos. De esta manera se crean los indicadores sociales para analizar las condiciones de vida que favorecían el bienestar objetivo («*welfare*» en el ámbito anglosajón), con el objetivo de ver las percepciones de las personas sobre si tenían una buena vida o se sentían seguras financieramente (Campbell, 1981; Meeberg, 1993; citado en Urzua y Caqueo-Urizar, 2012). De esta manera, primero se empleó el término «nivel de vida» para referirse a estas condiciones que, inicialmente, sólo tenían en cuenta lo puramente económico y cuyo marco de referencia era el Estado del Bienestar (García-Martín, 2000).

Fue en este momento cuando, primero en Estados Unidos y posteriormente en Europa, prolifera la elaboración de informes socioeconómicos y surge el Movimiento de Indicadores Sociales como una herramienta para medir los problemas sociales emergentes (Angner, 2011; Cobb y Rixford, 1998) y al que, más adelante, dio nombre Duncan (1969; citado en García\_Martín, 2000). Primeramente, fue creado el informe denominado «Definición y medición internacional del nivel de vida» por un grupo de expertos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 1961), donde se hablaba de nueve

componentes necesarios para determinar el nivel de vida: salud, alimentación y nutrición, educación, vivienda, empleo y condiciones de trabajo, vestido, recreo y esparcimiento, seguridad social y libertades humanas. Para medirlos, a cada uno de ellos le correspondía una serie de indicadores y además había que tener en cuenta que cada persona respondería al nivel de satisfacción teniendo en cuenta sus aspectos culturales y psicológicos. Por este motivo, algunos fueron desarrollados más fácilmente, como la salud, alimentación y nutrición. Sin embargo, la medición de otros como el vestido, recreo y esparcimiento y seguridad social fue más complicada dada la variabilidad cultural y valorativa existente. Resultaba casi imposible realizar una medición homogénea. Respecto a la variable libertades humanas, ésta fue la menos desarrollada, simplemente se realizó un esbozo, pues tenía demasiadas implicaciones de carácter político y valorativo. A pesar de que esta medición del nivel de vida fue un gran avance respecto a la medición del bienestar social, no fue suficiente, pues solamente aportaba información sobre la dimensión material de la CV. Además, no expresaba el nivel de satisfacción en función de los diferentes grupos de la sociedad, sino que indicaba las tendencias centrales (Palomino y López, 1999; Ramírez, 2015).

A este trabajo le sucedieron otros como la Encuesta de Nivel de Vida en Suecia (1968), la Encuesta Social General en los Estados Unidos (1972) o el Eurobarómetro semestral de la Comunidad Económica Europea (1974), que coinciden con el inicio de la siguiente etapa.

- A partir de 1970.

Durante los años 70, la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) creó una nueva medida de progreso social para conocer el bienestar alcanzado en las 24 naciones más industrializadas del mundo. El trabajo fue un proceso participativo en el que se pretendía elaborar una lista de preocupaciones compartidas. Se identificaron

8 áreas de preocupación primaria y 15 áreas de subinterés que incluían salud, educación y aprendizaje, empleo y calidad de vida en el trabajo, tiempo dedicado al trabajo y tiempo libre, control sobre los productos y servicios, entorno físico, entorno social, y seguridad personal. Esta lista de preocupaciones dio lugar a un sistema de 33 indicadores que permitiría registrar periódicamente los resultados obtenidos por cada uno de los países miembros de la OCDE con el objetivo de establecer relaciones entre las condiciones de bienestar con estrategias, programas y acciones prácticas de desarrollo económico. Sin embargo, resultó difícil para la OCDE mantener el registro periódico de estos datos para que se designaran recursos económicos a fin de mejorar el bienestar social, debido a la situación económica tan crítica del momento, a las modificaciones de las políticas sociales y la cohabitación de muy diversas posiciones políticas. De la misma manera, este índice no podía ser universalizado, pues el resto de los países que no pertenecían a la OCDE, el 75%, tenían condiciones sociales y económicas totalmente distintas a los estados miembros (Palomino y López, 1999; Ramírez 2015).

Pronto los investigadores fueron conscientes de que los indicadores empleados no eran suficientes para medir la CV. Se seguía manteniendo el diseño de las políticas públicas con indicadores basados en partidas presupuestarias y procesos requeridos para mejorar el bienestar (de insumo), que no servían para conocer cuánto había mejorado la persona (de resultado) (Castellanos-Cerceda, 2012). Además, este tipo de estudios pusieron de manifiesto que los indicadores objetivos de la CV eran insuficientes por sí mismos para medir el constructo, puesto que solamente explican un 15% de su varianza. Frente a esto, autores como Cambell, Converse y Rodgers (1976) comprobaron que varias mediciones subjetivas como la felicidad y la satisfacción explicaban un 50% de la varianza de la CV, siendo un porcentaje visiblemente mayor (Bognar, 2005; citado en Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012).



Además, con la creación de la revista *Social Indicators Research*, especializada en el estudio de la CV y del bienestar personal, aunque de fuerte tradición economicista, son autores como Andrews y Withey (1976; citado en Cummins y Cahill, 2000) o Campbell et al. (1976; citado en Cummins y Cahill, 2000) los que realizaron los primeros estudios globales de la CV ayudando a reorientar la investigación sobre la CV hacia medidas no solo objetivas, sino también de tipo subjetivo. Como pueden ser las percepciones y evaluaciones sociales relacionadas con las condiciones de vida de las personas, que incluyen aspectos más complicados a la hora de ser medidos como la felicidad, la satisfacción con la vida y el bienestar (Cummins y Cahill, 2000). Campbell (1976; citado en Anger, 2011) pensaba que si lo que se pretendía era describir la CV de las personas, era necesario desarrollar medidas subjetivas que permitieran obtener datos sobre la experiencia de las personas. Si bien, estas medidas no serían tan exactas como las objetivas, tendrían la gran ventaja de decirnos exactamente lo que pretendemos saber, que es la sensación de bienestar de las personas. Según este autor la CV es parte de la sensación de bienestar de las personas y si se quiere estudiar, es necesario analizar la experiencia de vida de las personas, no sus características objetivas (Anger 2010). En el estudio realizado por Campbell et al. (1976; citado en Tonon, 2010) se consideraba que las relaciones entre las condiciones objetivas y los estados psicológicos eran imperfectas, por lo que, para conocer la CV de una persona, ésta debía describir cómo se sentía. En la investigación que desarrollaron el concepto de CV equivalía al concepto de bienestar que incluía felicidad, satisfacción con la vida, afectos, estrés, ansiedad y competencias personales (Tonon, 2010).

A pesar de este nuevo concepto de CV, en 1979 fue creado el «Índice de Calidad Física de Vida» (ICFV) por Morris y el Consejo de Desarrollo de Ultramar, en el que participaron 74 países. En él se registraban sólo tres indicadores, la tasa de mortalidad

infantil, la esperanza de vida al nacer y la tasa de alfabetización en adultos para, posteriormente, comparar las variaciones sufridas por cada país a lo largo del tiempo. Puesto que este indicador no tenía en cuenta muchas situaciones particulares (p.e., situación de las mujeres, situación de los niños, protección de los derechos humanos, participación en la toma de decisiones pública), ese mismo año, Estes (1979; citado en Tonon, 2007) creó el «índice de vulnerabilidad social nacional», que en 1985 se convirtió en «Índice de Progreso Social» (IPS), empleado para medir hasta qué punto se cubrían las necesidades sociales básicas. Está compuesto por 44 indicadores que se agrupan en 11 variables: educación, salud, condición de la mujer, esfuerzo de defensa, economía, demografía, geografía, estabilidad política, participación política, diversidad cultural y esfuerzos de bienestar social (Tonon, 2007). Esta medida se caracteriza por no emplear variables de tipo económico y por la medición de resultados sociales, sin embargo, sigue estando basada en las carencias o déficits que tienen las naciones (Desai, et al., 1998; citado en Tonon, 2007), por lo que la visión de bienestar que aporta se centra en cómo está la persona en función de lo que tiene.

Es posible que el esfuerzo más completo hasta el momento para medir el desarrollo teniendo en cuenta los elementos materiales y subjetivos de las personas y con ello su CV fuera el realizado por el Programa de las Naciones unidas (PNUD) en 1990 con su propuesta de desarrollo humano. En 1996 desarrollaron un informe en base a 5 ejes del desarrollo humano: 1. La potenciación pretende convertir a las personas en agentes activos de su propio desarrollo, teniendo en cuenta, no solamente la cobertura de las necesidades, sino también, el aumento de la capacidad de las personas, lo cual implicaba una mayor capacidad de elección, ampliando sus opciones personales y grupales; 2. el eje de cooperación pretende construir una red de estructuras sociales que den apoyo a la comunidad para que las personas desarrollen el sentimiento de pertenencia;

3. la equidad pretende asegurar las oportunidades de todos para lograr el bienestar, con especial atención a determinados sectores más desfavorecidos de la población como mujeres, niños, discapacitados, pobres, etc.; 4. la sustentabilidad que se refiere a lograr que las personas sean capaces de satisfacer sus necesidades pero también lo sean las generaciones futuras, es decir, asegurar las oportunidades de desarrollo de las generaciones futuras; 5. Finalmente, la seguridad en base a 7 categorías: económica, alimentaria, en materia de salud, ambiental, personal, de la comunidad y política; que implican ganarse el sustento y estar libre de amenazas como la enfermedad, la represión las alteraciones en la vida diaria, los desastres naturales, etc. (PNUD, 1996). Sin embargo, este nuevo indicador, el Índice de Desarrollo Humano (IDH), que es un instrumento rápido para medir y comparar el desarrollo, se queda corto al aplicarse solamente a 3 variables, la esperanza de vida al nacer, el nivel de alfabetización de los adultos y el nivel de vida calculado a través del poder adquisitivo. A pesar de las numerosas críticas al IDH desde su concepción original en 1990, y la forma revisada en 2010 (McGillivray y White, 1993; Noorbakhsh, 1998, Ravallion, 2012; Sagar y Najam, 1998; citados en Yang, 2014), sigue siendo el índice compuesto más citado de bienestar multidimensional y se utiliza ampliamente en política e investigación. Una de las principales objeciones a este tipo de índices compuestos es que reflejan solo el desempeño promedio de la población, sin revelar nada acerca de las desigualdades más detalladas entre los individuos (Yang, 2014).

A pesar de las debilidades teóricas, el desarrollo de nuevos índices compuestos de desempeño social ha proliferado en los últimos años. Bandura (2008) proporciona un inventario exhaustivo de más de 400 índices a nivel de país que cubren una variedad de temas socioeconómicos. Un inventario más reciente del PNUD (Yang, 2014) detalla 101 medidas internacionales compuestas de bienestar y desempeño social. Esta proliferación

se ha visto facilitada en parte por la mejora de los recursos de datos, y ha dado lugar a nuevas prioridades de investigación que incorporan la heterogeneidad de la población y las dimensiones del bienestar no relacionadas con los ingresos que contribuyen a la CV. Con esto ha surgido la duda sobre la confiabilidad y relevancia de los datos en los resultados económicos promedio.

Al mismo tiempo que se ha producido una expansión en medidas multidimensionales de desempeño objetivo, también ha habido un interés creciente en usar el bienestar subjetivo para evaluar el desempeño social (Conceição y Bandura, 2008; Diener, 1994; Helliwell, 2003; Layard, 2005). Los defensores de bienestar subjetivo (Diener et al., 2006; Graham, 2011; MacKerron, 2012) argumentan que las medidas directas de «felicidad» o la satisfacción con la vida deberían usarse como un barómetro del progreso social. Debido al gran interés generado en torno a la medición del bienestar subjetivo de las personas, en 1995, se funda la International Society for Quality of Life Studies (ISQOLS) que pretende impulsar el desarrollo de estudios sobre CV. Esta es la primera vez que se realizan investigaciones interdisciplinarias, desde la psicología, la política, lo social, la medicina y otras disciplinas dedicadas al desarrollo y al medio ambiente, coordinando esfuerzos para desarrollar teoría, métodos de medición y programas de intervención destinados a mejorar la CV de las personas. En 1998, la ISQOLS determina que la CV puede ser medida tanto a nivel objetivo como subjetivo en un documento elaborado por diferentes expertos. Además, proponen una clasificación de los investigadores en CV en función del nivel de análisis que realizan y las unidades de análisis que emplean. De esta manera, en los estudios de habla Hispana destacan los realizados por el Dr. Ferran Casas que, ya en 1997, organizó en la Universidad de Girona el Instituto de Investigación sobre CV (IRQV) para potenciar y desarrollar la investigación sobre el bienestar y la CV de forma interdisciplinaria (Tonon, 2007). Casas

defina la CV como «la noción que reconoce entidad a la experiencia que las personas tienen de sus propias formas y condiciones de vida, dando tanto o más valor a esa experiencia que a las condiciones materiales u objetivables definidas como adecuadas por los expertos» (Casas, 1996, en Tonon 2007, p. 143).

Hasta el momento, tal como se ha plasmado en este apartado, la CV ha sido estudiada desde diferentes ámbitos y en cada uno de ellos se ha dado importancia a unos elementos u otros que la componen. A partir de este momento, se comienza un trabajo cooperativo entre las diferentes disciplinas que hace que el concepto de CV sea tan amplio y complicado como veremos en los siguientes apartados.

## **1.2. La Calidad de Vida: Enfoques, definición y modelos**

Dada la complejidad del término que nos ocupa, en este apartado se pretende desarrollar, por una parte, las diferentes definiciones de CV, y, por otro lado, los distintos modelos en los que se asientan. De esta manera conseguiremos una visión general del concepto de CV y de sus posibilidades.

### **1.2.1. Enfoques de la Calidad de Vida: objetivo y subjetivo**

Hoy en día existen dos enfoques principales a la hora de hablar de CV, el enfoque objetivo y el subjetivo.

Por una parte, el enfoque objetivo de la CV tiene gran tradición economicista, y se refiere a las condiciones de vida. En este enfoque se tienen en cuenta conceptos objetivamente medibles como la salud física, condiciones de vida, relaciones sociales, actividades funcionales u ocupación, cuya suma equivaldría a la CV (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012). En la primera encuesta sueca sobre CV, Erikson (1998, p. 108) propone la siguiente definición: «Es el dominio del individuo sobre los recursos en forma de dinero, posesiones, conocimiento, energía mental y física, relaciones sociales, seguridad y otros

medios con los cuales los individuos pueden controlar y dirigir conscientemente sus condiciones de vida».

Sin embargo, el enfoque objetivo fue en parte rebatido por Easterlin (1974), que se preguntaba si realmente a medida que aumentan los ingresos económicos, se incrementa el bienestar subjetivo de la población. La conclusión a la que llegó se conoce con el nombre de «la paradoja de Easterlin». Sus estudios mostraron que según aumentaban los niveles de ingreso per cápita, no aumentaban los medios de bienestar subjetivo, es más, en algunos casos, se mostraban rendimientos decrecientes. Easterlin afirma que, puesto que las personas son tendentes a la comparación social, el bienestar subjetivo y la satisfacción de las personas se relaciona de forma positiva con su nivel de ingresos y de manera negativa con el de los demás. De esta manera, si el aumento de los ingresos es general, no aumentaría ni el bienestar subjetivo ni la satisfacción. Otra de las hipótesis derivadas de esta paradoja relaciona los ingresos con las aspiraciones y con los ingresos medios del entorno. De esta manera, al aumentar los logros de las personas, también lo hacen sus aspiraciones, por tanto, no habría alteración en el nivel de satisfacción (Iglesias et al., 2012). El estudio realizado por Turmo et al. (2008) muestra que el nivel medio de satisfacción de los españoles aumentó ligeramente entre los años 1980 y 2005, sin embargo, el Producto Interior Bruto se duplicó. Asimismo, la investigación realizada por Iglesias et al. (2013) indica que los ingresos son secundarios y subjetivos a la hora de predecir la felicidad de los españoles. Actualmente, aunque esta paradoja sigue siendo debatida (Diener et al., 2013; Easterlin y Sawangfa, 2010; Veenhoven y Vergunst, 2014), se acepta la idea de que el bienestar no depende sólo de los niveles de ingresos de los individuos (Castellanos-Cerceda, 2012). Como afirman Ryan y Deci (2001), un mayor nivel de felicidad se asocia directamente con no ser pobre, vivir en un país desarrollado y tener objetivos de vida que no se relacionen con logros

materiales; por lo tanto, el aumento de la renta no afecta demasiado al bienestar subjetivo revelado.

Por otra parte, siguiendo el trabajo realizado por Noll (2013), el enfoque subjetivo de la CV se asocia a variables subjetivas como la felicidad, el bienestar o la satisfacción con la vida. Este autor indica que, según Marc Abrams, uno de los pioneros de la investigación sobre indicadores sociales subjetivos, «las personas filtran el mundo objetivo a través de sus propias percepciones y luego se pondera de acuerdo con sus expectativas, experiencias, actitudes y circunstancias. Estas valoraciones se refieren a los indicadores sociales subjetivos» (Abrams, 1973, p. 35). Además, señala que entre las encuestas de calidad de vida pioneras en integrar estas medidas subjetivas en la investigación sobre CV, que se llevaron a cabo en algunos países durante la década de 1970, se encuentran la «Encuesta de calidad de vida estadounidense» (Campbell et al., 1976), la «Encuesta de calidad de vida en Gran Bretaña» (Abrams, 1973, 1976), la «Encuesta sobre bienestar escandinavo comparativo» (Allardt, 1972), así como la «Encuesta alemana de bienestar» (Glatzer y Zapf 1984). Noll (2013) indica que estas no solo prepararon el terreno para la realización de estudios empíricos de CV que proporcionasen información innovadora sobre las percepciones y evaluaciones de las condiciones de vida de las personas, sino que también estimularon la investigación conceptual y metodológica sobre indicadores subjetivos y su medida (Andrews y Withey 1976).

Hoy en día, la medición de problemas subjetivos de CV es parte de muchas encuestas impulsadas por investigaciones nacionales y supranacionales en todo el mundo. Más recientemente, los indicadores sociales subjetivos han llegado incluso a encuestas llevadas a cabo por institutos oficiales de estadística, que en su mayoría expresaron reservas contra medidas subjetivas en el pasado y, por lo tanto, eran reacios a incluir este

tipo de información en sus estadísticas regulares. Así mismo, Ferrans (1990, p. 15) define la CV como: «CV general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para la persona».

Del mismo modo que el enfoque objetivo, el subjetivo cuenta con algunas críticas, tanto a nivel social como metodológico. Por un lado, se considera que, al reducir la concepción de la CV a la subjetividad individual, se pierde la perspectiva real. De esta manera, tal como expresa Graham (2010), una persona puede ser feliz viviendo en la miseria si es ignorante. Otro problema derivado de este enfoque es el planteado por Urzúa y Caqueo-Urizar (2012) que exponen que, en la evaluación subjetiva de la CV, el problema está en si el sujeto es capaz de tomar conciencia y posee un grado de introspección suficiente para hacer una autoevaluación de su CV, o si, por el contrario, la aproximación que dan sobre su CV difiere mucho de la realidad.

Noll (2013) señala otra serie de limitaciones atribuidas a este tipo de enfoque:

- En primer lugar, cataloga los indicadores objetivos como «datos fuertes» y los subjetivos (de carácter social y psicológico) como «datos blandos». Estos últimos tienen esa consideración dado que, en ocasiones, esta subjetividad desafía la credibilidad de la información e incluso su validez y fiabilidad. Sin embargo, según la OCDE (2013), parece haber suficiente evidencia de que los indicadores subjetivos generalmente alcanzan niveles de fiabilidad y validez satisfactorios, haciéndolos adecuados a su propósito.
- En segundo lugar, argumenta que hay correlaciones débiles entre los indicadores objetivos y subjetivos. Este dato indica que la información subjetiva recibida tiene poco valor y no permite hacer deducciones fiables de la realidad. No obstante, esta forma de pensar deja de lado la relevancia que tienen para la acción humana las percepciones y evaluaciones subjetivas. Por



este motivo, sugiere el uso de los indicadores subjetivos como medidas alternativas que aportan valor a la información objetiva.

Tal como apuntan Cummins y Cahill (2000), de estas distintas concepciones se desprende la existencia de dos visiones muy diferentes sobre el concepto de CV. Por un lado, están los devotos de la aproximación subjetiva, basada en las ideas postmodernistas, que opinan que no hay una realidad objetiva más allá de nuestra experiencia subjetiva del mundo y que la CV refleja los valores subjetivos considerados por los individuos (Andrews y Withey, 1976; Meeberg, 1993; The WHOQOL Group, 1995). Y, por otro lado, están los autores que consideran que se deben tener en cuenta fundamentalmente los factores objetivos como los subjetivos pese a que no exista relación entre ellos.

No obstante, conocidas las limitaciones de ambos enfoques, en los años 90 los miembros de la Sociedad Internacional de Estudios de Calidad de Vida debatieron acerca del tipo de información objetiva y subjetiva, así como de qué combinaciones de ambas eran necesarias para la definición de CV. Fruto de este debate, Cummins (1998) llega a la conclusión de que es necesario incluir componentes objetivos y subjetivos en la definición de CV. En esta definición de CV, que gira en torno a siete dominios (bienestar material, salud, productividad, intimidad, seguridad, comunidad y bienestar emocional), los componentes objetivos comprenden las medidas culturalmente relevantes de bienestar objetivo, mientras que los subjetivos comprenden la satisfacción con distintos ámbitos en función de la importancia y el peso que le da el individuo.

A pesar de este debate, en la actualidad existe más o menos acuerdo en la necesidad de emplear los aspectos objetivos y subjetivos de la CV, tratando de tener en cuenta las debilidades y fortalezas de cada una de las partes (Noll, 2013). Por ello, la mayoría de los modelos que existen tienen en cuenta, por un lado, las condiciones necesarias para una buena vida y, por otra, la percepción subjetiva del individuo de los

aspectos de su vida. De esta manera, se incorporan progresivamente componentes más subjetivos provenientes de la evaluación y percepción que el sujeto hace de su vida.

### **1.2.2. Definiciones de CV**

Tal como se ha descrito previamente, CV es un término con concepciones diversas y una gran dispersión. Siguiendo a Urzúa y Caqueo-Urizar (2012), los motivos de ello son, por una parte, su propia naturaleza diversa (Cummins y Cahill, 2000) y, por otra parte, la multidisciplinariedad del término (Haas, 1999). Se debe tener en cuenta que actualmente, la CV versa en torno a tres ramas de la ciencia que son la economía, la medicina y las ciencias sociales y, en cada una de ellas se han desarrollado puntos de vista diferentes en torno al concepto (Cummins, 2005). Por lo tanto, en función de los objetivos de cada investigación habrá que centrarse en un aspecto u otro del concepto. Por ejemplo, los economistas se centrarán en medir los elementos tangibles de la CV mientras que los científicos sociales lo harán en la percepción individual del concepto.

A lo largo del tiempo han sido muy diversas las definiciones en torno a este término. En el estudio realizado por Urzúa y Caqueo-Urizar (2012), se recogen algunas de ellas, las cuales analizamos a continuación.

Por una parte, Shaw (1977) definió la CV de una forma totalmente objetiva y cuantitativa diseñando una ecuación [ $QL=NE \times (H+S)$ ] para interrelacionar los factores que consideraba esenciales (NE es la dotación natural del paciente, H la contribución hecha por su hogar y su familia a la persona y S la contribución hecha por la sociedad). Por su parte, Hornquist (1982) la define en términos de satisfacción de necesidades físicas, psicológicas, sociales, de actividades, materiales y estructurales.

Por otra parte, otros autores definieron el concepto de CV desde una perspectiva más subjetiva que se relacionaba estrechamente con otros conceptos como felicidad y

sensación de bienestar. De esta manera Campbell et al. (1976) consideraron que para conocer la CV de las personas era necesario pedirles una descripción de cómo se sentían, ya que las relaciones entre las consideraciones objetivas y los estados psicológicos eran imperfectas. Lawton (1984) propone una visión multidimensional de la CV, considerándola como el conjunto de evaluaciones que el individuo hace sobre cada uno de los dominios importantes de su vida actual. Ferrans (1990) entendía la CV como un estado subjetivo de bienestar y su relación con la percepción de satisfacción o insatisfacción con las distintas áreas de la vida que la persona considera importantes. Bigelow et al. (1991) consideran que para definir la CV hay que hacer un balance entre la satisfacción de las necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar. También Martin y Stockler (1998) consideran que la CV es la diferencia entre las expectativas de cada persona y las alcanzadas, de forma que cuanto menor sea esta diferencia, mayor será la CV. Esta definición se asemeja a la ya propuesta en 1987 por Calman que entiende la CV como la distancia entre los logros y las aspiraciones de los individuos. De forma complementaria, Hass (1999) proponía una evaluación de las circunstancias individuales de la vida de la persona teniendo en cuenta su contexto cultural y sus valores (Guantiva y Quiroga, 2019 y Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012).

Acercándonos más a la actualidad, también se considera una definición completa e integradora, como la desarrollada por Ardila (2003, p. 163), tras analizar otras definiciones, que dice que “la CV es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud

objetivamente percibida”. Otra aportación importante de este autor es que considera que para que mejore la CV es necesario tener cubiertas las necesidades básicas. Por lo tanto, no puede considerarse de igual manera en el mundo industrializado y en el mundo en desarrollo, ya que es un concepto que cambia con las culturas, las épocas y los grupos sociales. Desde una perspectiva integradora, Costanza et al. (2007) también definen la CV como la medida en que se satisfacen las necesidades humanas objetivas en relación con las percepciones personales o grupales de bienestar subjetivo. Y en esta misma línea, Schalock y Verdugo (2007) consideran que la CV es un estado deseado de bienestar personal de carácter multidimensional, con propiedades éticas relacionadas con la cultura, y que tiene componentes objetivos y subjetivos, y que está influenciada por factores personales y ambientales. Dividen la CV en ocho dimensiones que son el bienestar físico, el bienestar emocional, las relaciones interpersonales, la inclusión social, el desarrollo personal, el bienestar material, la autodeterminación y los derechos.

Sin embargo, hoy en día, una de las definiciones más utilizada sigue siendo la que fue desarrollada por la OMS. En ella se contempla la naturaleza objetiva y subjetiva del concepto, teniendo en cuenta las diferentes dimensiones de la vida y los valores personales. De esta manera, la CV es definida como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses (The WHOQOL Group, 1995).

A pesar de que la CV sigue siendo un concepto complejo y para el que todavía no hay un acuerdo común en su definición, hace tiempo que se han delineado algunas áreas de acuerdo que Cummins y Cahill (2000, p. 187) definió de la siguiente manera: “1. La CV es multidimensional y generalmente se considera que comprende componentes objetivos y subjetivos; 2. En general se está de acuerdo en que la CV comprende diversos

ámbitos de la vida, aunque existe todavía alguna discrepancia acerca del número real y de las características de tales ámbitos; 3. La CV debe reflejar las normas culturales del bienestar objetivo; 4. Dentro de la dimensión subjetiva, las personas otorgan un peso específico diferente a los distintos ámbitos de su vida. Es decir, algunos ámbitos son considerados más importantes para algunos individuos que para otros; 5. Cualquier definición de CV debe ser aplicable por igual a todas las personas, cualesquiera que sean sus circunstancias vitales”. De esta manera, podemos decir que hay acuerdo en que la CV es un concepto que incluye una dimensión objetiva y otra subjetiva (multidimensional); que para medir la CV hay que tener en cuenta diferentes ámbitos de la vida; que la CV será medida en función de la cultura de la sociedad estudiada; que es un concepto multidisciplinario, es decir, que la visión será diferente en función de quién realice el estudio; y que la definición debe ser válida para todo el mundo independientemente de sus circunstancias.

### **1.2.3. Diferentes modelos de CV**

Es un hecho que, desde sus inicios, la CV ha estado vinculada a otras variables relacionadas con el bienestar como la satisfacción con la vida, el bienestar subjetivo, la felicidad, entre otras, y que, muchas veces, se han empleado estos términos de manera indistinta para referirse con todos ellos a la CV. Según Meeberg (1993), esta falta de definición de lo que es CV ha creado mucha confusión acerca de a lo que realmente se refiere. Posteriormente, Moons, et al. (2006) consideran que la CV se usa a menudo como una etiqueta genérica para describir una variedad de variables físicas y psicosociales. De forma que la ausencia de una definición uniforme hace que la CV sea un concepto ambiguo.

Gil y Fenstein (1994) corroboran estos datos en una revisión realizada de diferentes artículos que presentan diferentes modelos de CV. Se encuentran con que más

del 50% de los modelos no hace diferencias entre la CV y los factores que la influyen; el 35% de los modelos evaluados tenían un desarrollo conceptual complejo; casi un 25% de los investigadores no especificaban una definición concreta de CV.

Hagerty et al. (2001) realizaron una revisión sobre los índices de CV más utilizados y se dieron cuenta de que la mayoría de éstos no se basan en ninguna teoría o modelo conceptual analizado empíricamente. Por este motivo, actualmente podemos encontrar diferentes modelos que describen, explican y relacionan entre sí los diferentes elementos de la CV. Puesto que son muchas las variables que intervienen para entender el concepto de CV y su medición se han propuesto varias taxonomías.

Por otra parte, Taillefer et al. (2003) realizaron una revisión sistemática de los diferentes modelos de CV, en la que constataron que, desde los años 60, se ha incrementado muy rápidamente el uso de este concepto lo cual ha derivado en problemas tanto en su definición, sus dimensiones y los factores que la influyen, como en su medición. En esta revisión, identificaron 3 tipologías de modelos de CV: 1) Tipología 1: Modelos conceptuales, considerados los menos sofisticados, los más sencillos. Los modelos teóricos pertenecientes a esta tipología se caracterizan porque especifican las dimensiones y propiedades de la CV; 2) Tipología 2: Marco conceptual. Estos modelos se caracterizan por definir, explicar y predecir la naturaleza de las relaciones entre los distintos elementos o las distintas dimensiones que componen la CV y, 3) Tipología 3: Marco teórico, el más sofisticado de los tres modelos. Estos modelos se caracterizan porque incluyen la estructura de los elementos y su relación dentro de una teoría que explica las relaciones. A continuación, se van a detallar diferentes ejemplos pertenecientes a estos tres modelos teóricos:

## 1. Tipología 1: Modelos conceptuales

De esta manera, el modelo de las cuatro calidades de Veenhoven (2000) sería catalogado como un tipo de «modelo conceptual» (véase tabla 1). Esta autora (2000) distingue dos planos, las oportunidades para la buena vida y los resultados de vida, por una parte, y las calidades externas e internas, por otra. El cruce de estos planos da lugar a cuatro calidades. En la mitad superior nos encontramos con la CV potencial. Por un lado, la habitabilidad del entorno, entendido como condiciones de vida, nivel de vida, bienestar... y, por otro lado, la capacidad para la vida del individuo, entendida como oportunidades internas de vida (cómo estamos de preparados para afrontar los problemas). El cuadrante inferior se refiere a la CV en relación con sus resultados, que se pueden juzgar por su valor para el entorno o para uno mismo. Por una parte, la utilidad de vida, referida a que una vida buena tiene que ser buena para algo más que por sí misma, es decir, que la vida debe tener un significado, unas concepciones trascendentales. Por otra parte, la apreciación de vida, que se refiere a los resultados internos de la vida, es decir, cómo es la CV de una persona según quién la contempla.

**Tabla 1.**

*Modelo de las cuatro calidades de Veenhoven*

	<b>Calidades Externas</b>	<b>Calidades Internas</b>
<b>Oportunidades de vida</b>	Habitabilidad del entorno	Capacidad para la vida del individuo
<b>Resultados de vida</b>	Utilidad de vida	Apreciación de vida

*Nota.* Modelo de CV según Veenhoven; Fuente: Venhooven (2000).

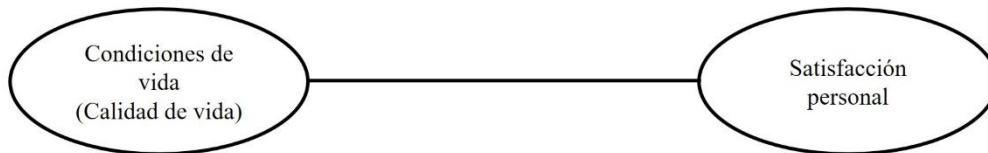
## 2. Tipología 2: Marco conceptual

El modelo presentado por Felce y Perry (1995) está catalogado como modelo de tipo “marco conceptual” (vease figura 1).

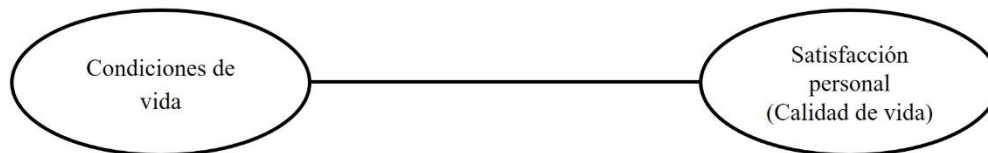
### Figura 1.

#### Modelo de Calidad de Vida de Felce y Perry

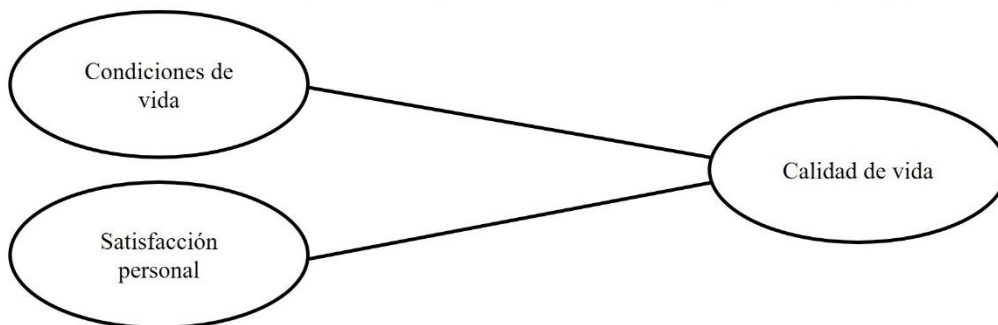
##### Modelo 1: Calidad de Vida en términos de Condiciones de Vida



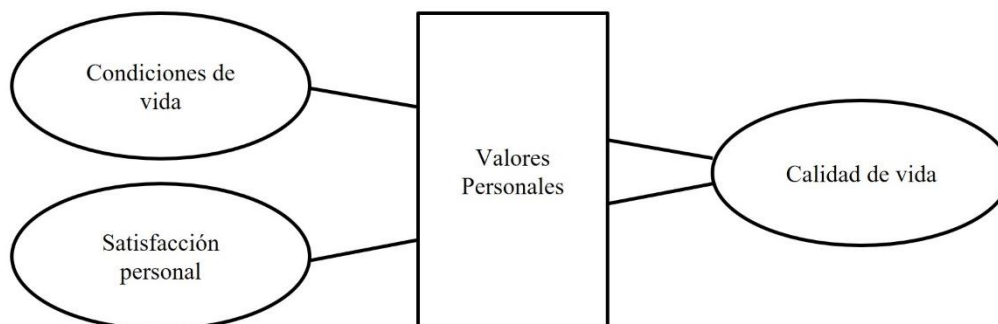
##### Modelo 2: Calidad de Vida como Satisfacción con la Vida



##### Modelo 3: Calidad de Vida definida como combinación de las Condiciones de Vida y la Satisfacción



##### Modelo 4: Calidad de Vida definida como combinación de las Condiciones de Vida y la Satisfacción en función de una escala de importancia



Nota. Explicación del modelo de CV según Felce y Perry; Fuente: Traducida y adaptada de Felce y Perry (1995)



Estos autores recogen de forma gráfica los distintos modelos de CV que se han empleado hasta el momento. Reconocen cuatro modelos: El modelo 1 entiende la CV como la suma de las condiciones de vida objetivas de cada individuo. El modelo 2 entiende la CV como la satisfacción personal (componentes subjetivos) que experimenta la persona con dichas condiciones de vida (componentes objetivos). El modelo 3 combina los componentes objetivos y subjetivos, de tal forma que la CV es la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta. Por último, el modelo 4 entiende la CV como la combinación de las condiciones de vida más la satisfacción que reporta mediada por una escala de valores, aspiraciones y expectativas personales. A continuación, se explican detalladamente cada uno de estos modelos que quedan resumidos en la figura 1:

- a) CV = Condiciones de vida: En este caso, la CV se entiende como la suma de las puntuaciones de las condiciones de vida que se pueden medir de manera objetiva en una persona (salud física, condiciones de vida, relaciones sociales y actividades funcionales u ocupación). Se refieren a indicadores objetivos de la CV.
- b) CV = Satisfacción con la vida. La CV sería un sinónimo de satisfacción personal y se entendería como la suma de la satisfacción en los distintos dominios de la vida. El foco de interés se encuentra en el bienestar subjetivo y quedan relegadas a un segundo plano las condiciones externas de la vida (ser capaz de abastecerse, contexto económico, social, cultural, político y salud psicológica).
- c) CV = Condiciones de vida + Satisfacción con la vida. Esta perspectiva entiende la CV como la suma de las condiciones de vida, medidas de manera objetiva con indicadores biológicos, sociales, materiales, conductuales y psicológicos, más los sentimientos subjetivos que tienen las personas de las diferentes áreas o dominios de su vida, reflejados en el bienestar general. Las definiciones que se engloban en

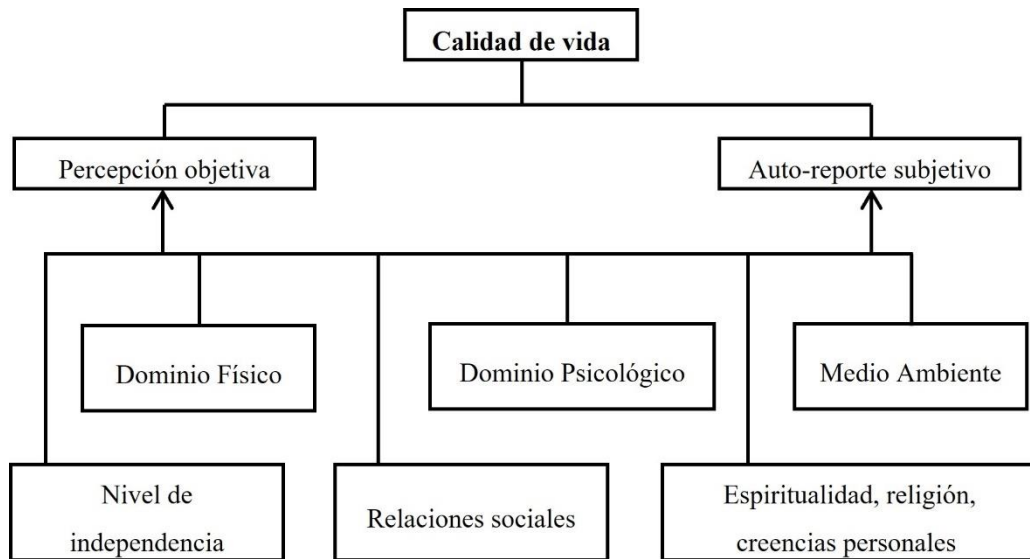
esta perspectiva aúnan la perspectiva objetiva y subjetiva, puesto que toman la significación de las evaluaciones objetivas y subjetivas de cada dominio de la vida, ya que éstas solamente pueden interpretarse en relación con el lugar de importancia que tengan para la persona.

- d)  $CV = (\text{Condiciones de vida} + \text{Satisfacción con la vida}) * \text{Valores}$ . De esta manera, la CV se definiría como el estado de bienestar general que comprende descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas del bienestar físico, material, social y emocional, junto con el desarrollo personal y de actividades, todas ellas mediadas por los valores personales. La CV es un proceso dinámico en el cual, cualquier cambio en los valores, en las condiciones de vida o en la percepción, provoca cambios en los otros.
- e)  $CV = (\text{Condiciones de vida} + \text{Satisfacción con la vida}) * \text{Evaluación}$ . Este modelo que no está representado en la figura 1 considera que el nivel de CV percibido por la persona estaría modulado por los procesos cognitivos vinculados a la evaluación que la persona realiza tanto de sus condiciones objetivas de vida como del grado de satisfacción con cada una de ellas.

El modelo de CV construido por la OMS (1995), desarrollado por el WHOQOL Group, pertenece también a esta segunda tipología, “marco conceptual”. En él se recogen seis dimensiones de la CV, que a su vez constan de subdimensiones, que son evaluadas por una parte desde la percepción objetiva de la persona (capacidades y conductas) y, por otro lado, desde los auto-reportes subjetivos, referidos a la satisfacción o insatisfacción con las conductas, estado o capacidades que conforman las dimensiones (véase figura 2).

**Figura 2.**

*Modelo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud*



*Nota.* Modelo de CV de la OMS; Fuente: Urzúa y Caqueo-Urizar (2012).

### 3. Tipología 3: Marco teórico

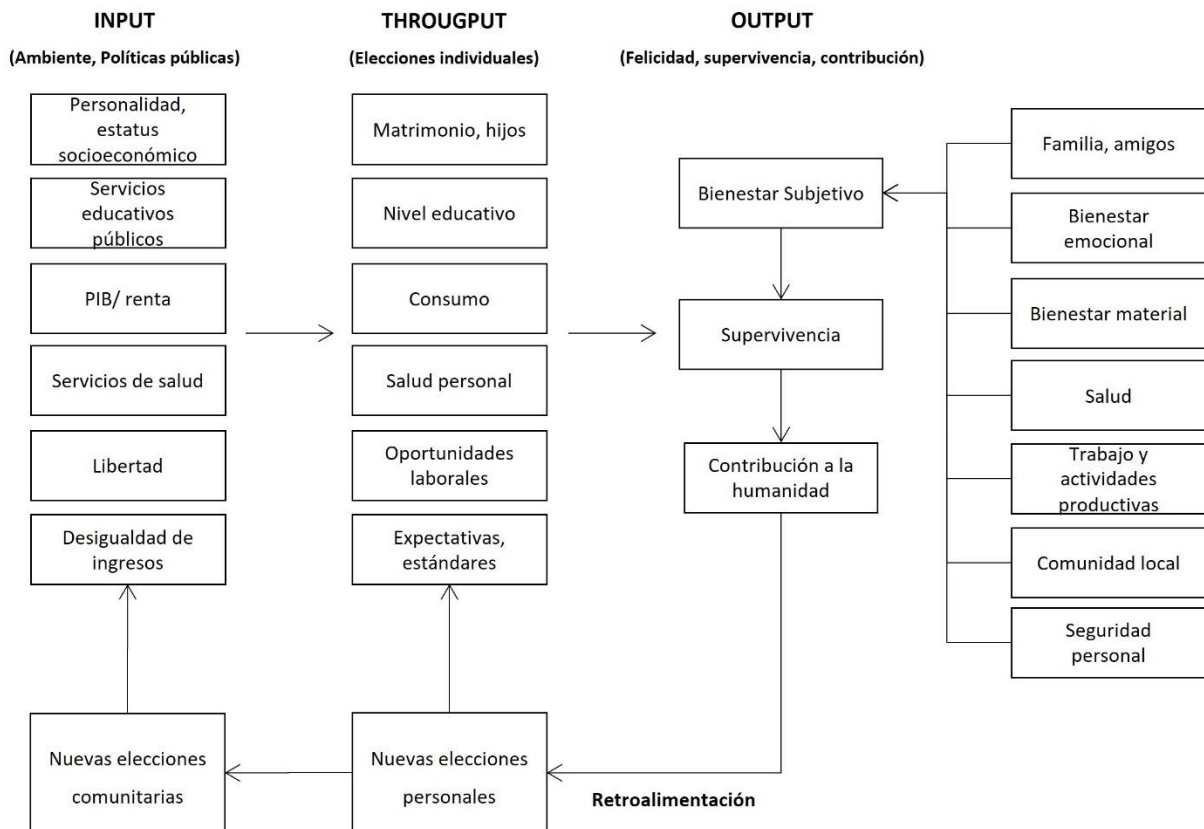
Finalmente, el modelo de CV presentado por Hagerty et al. (2001) pertenece a los modelos denominados como “marco teórico”. En él se interrelacionan conceptos y causas de la CV mediante una teoría de sistemas (véase figura 3).

Estos autores proponen un modelo basado en la Teoría de los Sistemas de CV, sugerido por primera vez por Veenhoven (1998) y, posteriormente, por Cummins (1998). En la primera columna están las variables de entrada (Input) que son variables ambientales exógenas que afectan a la CV de los ciudadanos, es decir, indicadores objetivos de la CV. En la segunda columna están las variables de rendimiento (throughput), que describen las respuestas de los individuos al entorno y que también se miden, normalmente, como indicadores objetivos, pero que reflejan la elección de la persona como respuesta al medio ambiente. La tercera columna es el resultado de la columna 1 y 2 y en ella se encuentran las variables de salida o (output). Veenhoven resume estas

variables de salida en felicidad o bienestar subjetivo, supervivencia personal y contribución al patrimonio humano.

**Figura 3.**

*Modelo de Calidad de Vida de Hagerty et al.*



Nota. La estructura de teoría de los sistemas de los conceptos y las causas de la CV. Hagerty et al.; Fuente: Adaptado de Hagerty et al. (2001)

### 1.3. Calidad de Vida y Bienestar: Perspectiva desde la Psicología Positiva

La visión de la CV desde la psicología clásica ha estado muy marcada por un gran énfasis en la enfermedad y en los colectivos con patologías o enfermedades mentales (Cuadra y Florenzano 2003; Seligman y Csikszentmihalyi, 2014). En la presente tesis se aborda la CV desde una perspectiva más reciente que está adquiriendo relevancia en las últimas décadas, esto es, la Psicología Positiva. Dicha perspectiva se define como el estudio científico del funcionamiento óptimo de las personas y de las organizaciones

(Seligman, 2002). Según Vera (2006), el objeto de interés de la Psicología Positiva no es otro que aportar nuevos conocimientos acerca de la psique humana no sólo para ayudar a resolver los problemas de salud mental que padecen los individuos, sino también para alcanzar una mejor CV y bienestar, todo ello sin apartarse nunca de la más rigurosa metodología científica propia de toda ciencia de la salud. Por tanto, los resultados de las investigaciones de la psicología positiva tienen el propósito de contribuir a una comprensión científica más completa y equilibrada de la experiencia humana y transmitir lecciones valiosas acerca de cómo construir una vida feliz, saludable, productiva y significativa (Park y Peterson, 2009).

De esta manera, desde esta visión de la Psicología se investigan aspectos subjetivos como el bienestar, la satisfacción, las emociones positivas, la esperanza, el optimismo, el flujo, la felicidad, y otras fortalezas y virtudes humanas cuyos efectos influyen en la vida de las personas y la sociedad (Park, et al., 2013). Existen múltiples visiones de la Psicología Positiva, por ejemplo, Diener (2000) se enfoca en el bienestar subjetivo, Peterson (2000) en el optimismo, Avia y Vázquez (1999) en el optimismo inteligente, Myers (2000) en la felicidad, Csikszentmihalyi (1999) en una dimensión particular de la felicidad, la experiencia de flujo (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000), entre otras.

Partiendo de la concepción de Diener sobre el bienestar, autores como Keyes et al. (2002) han propuesto que los estudios realizados sobre bienestar se pueden organizar en dos tradiciones: la tradición hedónica, que se refiere al bienestar subjetivo y está relacionada con la felicidad, y la tradición eudaimónica, que se refiere al bienestar psicológico y que está ligada al desarrollo del potencial humano. Dentro de las ciencias sociales, los conceptos hedónicos y eudaimónicos son potencialmente compatibles. Distintos autores han sugerido que el bienestar es un fenómeno multidimensional que

cubre aspectos de las concepciones hedónicas y eudaimónicas del bienestar (Deci y Ryan 2008, Keyes 2006, Silva y Caetano 2011).

Las primeras investigaciones empíricas que contrastaban la eudaimonia y la hedonia como dos concepciones del bienestar aparecieron en 1993 (Waterman, 1993; citado en Huta y Waterman, 2014). El interés por estos dos aspectos del bienestar es grande porque los investigadores preocupados por la CV reconocen que el estudio de eudaimonia y hedonia aborda cuestiones fundamentales sobre lo que es deseable en la vida y cómo se puede lograr. En la tabla 2, se presentan los elementos definitorios de la eudaimonia y hedonia para distintos investigadores (Huta y Waterman, 2014).

- Para Waterman (1993, 2011; citados en Huta y Waterman, 2014), la autorrealización es un elemento básico que define la eudaimonia. Otros rasgos se refieren a autenticidad, propósito y significado en la vida, y un esfuerzo dedicado a la búsqueda de la excelencia. Las cualidades de salud mental que otros consideran esenciales para la eudaimonia, como la autoaceptación, las relaciones sociales positivas y las contribuciones sociales, se consideran correlatos importantes. Sin embargo, la hedonia se define en términos de experiencias subjetivas de disfrute y satisfacción con la vida, y éstas se consideran que están relacionadas con el logro de éxitos que conducen a la autorrealización.

- Para Ryff, la eudaimonia se define conceptualmente en términos de los rasgos del bienestar psicológico que son necesarios para ser plenamente funcional y para tener éxito frente a los desafíos de la vida. La hedonia no es un concepto central en sus investigaciones. Ella lo identifica con experiencias subjetivas de bienestar, específicamente la satisfacción con la vida, la alegría y el afecto positivo (Ryff y Singer 2008).

- Keyes (2002) define eudaimonia en términos de la combinación de bienestar psicológico y social. Los marcadores de bienestar psicológico son los mismos que los utilizados por Ryff (1989; citado en Keyes, 2002). Los marcadores del bienestar social se identifican como la aceptación social, la actualización social, la contribución social, la coherencia social y la integración social. Keyes usa la etiqueta de bienestar emocional cuando se refiere a la hedonia. El bienestar emocional se refiere a la combinación de satisfacción con la vida, nivel de felicidad y presencia de afecto positivo.

- Para Fowers, eudaimonia se define como una vida que se centra en actividades que son constitutivas (dignas y significativas en sí mismas, y consistentes con los valores, compromisos e identidad propia), mientras que las actividades instrumentales (un medio para un fin) tienen un rol secundario. Una vida eudaimónica está dedicada a los bienes característicamente humanos (por ejemplo, conocimiento, belleza, justicia, pertenencia), perseguidos con excelencia o virtud, y dentro de relaciones de colaboración, y esto supone una vida de florecimiento (una vida con significado y propósito, crecimiento personal y relaciones positivas) (Fowers 2012; Fowers et al., 2010). Hedonia se define como las experiencias de alto afecto positivo, bajo afecto negativo y alta satisfacción con la vida (Fowers et al., 2010).

- Para Ryan y Deci, la eudaimonia implica: perseguir metas y valores intrínsecos como fines en sí mismos, incluido el crecimiento personal, las relaciones, la contribución a la comunidad y la salud física; estar autónomamente motivado; comportarse de manera consciente; y satisfacer las necesidades de autonomía, competencia y relación (Ryan et al., 2008). Se considera que los seres humanos crecen hacia un nivel de funcionamiento en el que son autónomos y viven al máximo sus potencialidades (Ryan et al., 2013). La autonomía incluye experiencias de volición, voluntad, interés y elección, y va acompañada de sentimientos de vitalidad (Ryan y Deci, 2006). Hedonia se conceptualiza

como una vida de placer y bienestar subjetivo, es decir, afecto positivo, satisfacción con la vida y bajo afecto negativo (Ryan et al., 2008).

- Para Seligman, eudaimonia se define como identificar las virtudes únicas y las fortalezas de carácter, desarrollándolos, y luego usándolos al servicio de mayores bienes, particularmente el bienestar de la humanidad. Hedonia se define como la maximización del placer, aunque también se contempla la minimización del dolor (Seligman 2002; citado en Peterson et al., 2005).

- El enfoque de Vittersø de la eudaimonía (2013a, b) se ha dirigido principalmente a las experiencias, y específicamente al grado en que las actividades se experimentan como atractivas e interesantes y asociadas con el flujo. En trabajos anteriores, estudió la apertura a la experiencia como un aspecto del funcionamiento psicológico positivo (Vittersø, 2004). En un trabajo más reciente, incluyó, dentro de eudaimonia, los conceptos de preferencia por la complejidad, curiosidad, compromiso/flujo, crecimiento personal y competencia, y hasta cierto punto significado/propósito en la vida, autorrealización y excelencia (Vittersø et al., 2009a). También ha definido la orientación eudaimónica como una tendencia a buscar el desafío y la complejidad (Vittersø, et al., 2010). El enfoque de hedonia se refiere a si las actividades se experimentan como agradables o asociadas con sentirse feliz, pero también incluye el concepto más global de satisfacción con la vida (Vittersø, et al., 2009b). Ha vinculado la hedonia con una orientación evaluativa según la cual una persona juzga las cosas en términos de bondad o maldad, y con el mantenimiento de la estabilidad y la homeostasis (Vittersø 2001; Vittersø et al., 2010).

- Bauer conceptualiza la eudaimonia de varias maneras. Como orientación, la describe en términos de narraciones personales donde una persona muestra que valora y está motivada para alcanzar metas de crecimiento personal. Como funcionamiento y experiencia, describe el crecimiento eudaimónico como un incremento del desarrollo/



madurez del yo y bienestar subjetivo en el tiempo; por lo tanto, su concepción de eudaimonia también abarca la experiencia de bienestar subjetivo, que la mayoría de los otros investigadores asocian solo con hedonia (Bauer, et al., 2008). Caracteriza la madurez o la excelencia del carácter personal como consciente de sí mismo y trascender el interés propio para poder verse a sí mismo como interdependiente, tomar las perspectivas de los demás, pensar en términos de consecuencias a largo plazo y comprender las cosas en términos más abstractos, más complejos y más profundos (Bauer 2008, Bauer, et al., 2011). La hedonia se conceptualiza como la experiencia pura de bienestar subjetivo (Bauer et al., 2008).

- Steger afirma que la eudaimonia implica autoexpresión, pero dentro de ciertas limitaciones, de modo que el comportamiento sea coherente con los valores propios, autonomía e intencionalidad, reflexión y comprensión del yo, objetivos más amplios y propósito, capacidad de respuesta social y buenas relaciones, autodesarrollo y superación personal (Steger, Shin, Shim, y Fitch-Martin, 2013). Describe la hedonia como un comportamiento dirigido a conseguir emociones placenteras, auto-gratificación y auto-expresión, así como a minimizar el dolor, de una manera desinhibida, una forma subjetiva y centrada en el momento proximal, sin límites ni reglas. Él lo describe "haz lo que quieras mientras te sientes bien" (Steger et al., 2013, p.164).

- Para Huta, eudaimonia se define como esforzarse por usar y desarrollar lo mejor de uno mismo, de manera que sean congruentes con los propios valores y el verdadero yo (Huta y Ryan 2010; Huta 2013a). La hedonia se define como un esfuerzo por experimentar el placer, el disfrute y la comodidad (Huta y Ryan 2010). Los sentimientos de significado, elevación y auto-conexión son experiencias que se relacionan más con la motivación eudaimónica, mientras que los sentimientos de despreocupación, afecto

positivo y bajo afecto negativo se relacionan más con la motivación hedónica (Huta 2012, 2013b; Huta y Ryan 2010).

- Delle et al. (2011a) identifica dos componentes centrales de eudaimonia, ambos enraizados en contextos de información cultural. El primero se refiere al flujo (experiencia óptima) como fue conceptualizado por Csikszentmihalyi (1975). El flujo se conceptualiza en dos niveles: en el nivel de las conductas (en términos de desafío y habilidad), y en el nivel de experiencias (sensación de inmersión profunda y compromiso, y una pérdida de sentido del tiempo y pérdida de la autoconciencia). Asociado con el concepto de flujo está el concepto de selección psicológica, según el cual se supone que las personas seleccionan naturalmente las circunstancias que serán lo suficientemente desafiantes como para ponerlas en un estado de flujo, un mecanismo que es responsable del crecimiento personal (Delle et al. 2011a). El segundo componente de la eudaimonia implica el establecimiento de un significado a lo largo de una trayectoria de desarrollo definida por la selección psicológica y su expresión en las actividades diarias y el entorno. Los conceptos hedónicos hacen referencia a las emociones positivas y la satisfacción con la vida (Delle et al., 2011b).

**Tabla 2.***Elementos centrales y cercanos al núcleo de las definiciones de eudaimonia y hedonia*

	Waterman	Ryff	Keyes	Fowers	Ryan y Deci	Seligman	Vittersø	Bauer	Steger	Huta	Delle Fave
<b>Definiciones de eudaimonia</b>											
Crecimiento / autorrealización / desarrollo de potenciales / pleno funcionamiento / madurez	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
Significado / propósito / perspectiva a largo plazo / preocuparse por y contribuir al contexto	+	++	++	++	++	++	+	++	++	+	++
Autenticidad / identidad / expresividad personal / autonomía / objetivos constitutivos / integridad	++	++	++	++	++	++		++	++	++	
Excelencia / virtud / usar lo mejor de uno mismo / alcanzar un alto nivel / fortalezas	++	+	+	++		++	+	++	+	++	
Relación / relaciones positivas / bienestar social		++	++	++	++			++	++		
Competencia / dominio del medio ambiente		++	++		++		+	++			
Compromiso / interés / flujo					+		++	+			++
Conciencia / contemplación / atención plena					++			++	++		
Aceptación / autoaceptación esfuerzo / comprometerse con el desafío		++	++					++			++
Salud física	+				++						
Bienestar subjetivo								++			
<b>Definiciones de hedonia</b>											
Placer / disfrute / satisfacción con la vida / felicidad	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
Baja angustia / comodidad / relajación		++	+	++	++	+		++	++	++	
Mentalidad evaluativa							++				
Búsqueda de la homeostasis							++				

*Nota.* ++ Elemento central: esencial para la definición de eudaimonia o hedonia, como lo demuestran las definiciones conceptuales y operativas del académico; + Elemento cercano al núcleo: no es esencial para la definición de eudaimonia o hedonia, pero se le concede cierto grado de atención en discusiones conceptuales y/o operacionalizaciones. Fuente: Huta y Waterman, 2014.

Como se puede observar en la tabla 2, los elementos más comunes en las definiciones de eudaimonia son crecimiento, autenticidad, significado y excelencia. Estos conceptos proporcionan una idea razonable de lo que la mayoría de los investigadores entiende por eudaimonia. Sin embargo, el crecimiento, la autenticidad, el significado y la excelencia no son los únicos conceptos que se han asociado con eudaimonia y, en algunos casos, están ausentes de la definición. Para hedonia, existe un consenso claro de que el placer / disfrute / la satisfacción con la vida es esencial para la definición. Sin embargo, no es seguro si la ausencia de angustia también debe ser parte de la definición; algunos investigadores no han evaluado la ausencia de angustia, aunque no estamos seguros si tienen la firme convicción de que este elemento debe excluirse de la definición, o si simplemente no enfatizan tanto este elemento como la presencia del placer (Huta y Waterman, 2014).

Las conexiones entre ambas tradiciones del bienestar son cada vez más evidentes. Se considera que el bienestar subjetivo y psicológico son aspectos relacionados, pero distintos, del funcionamiento psicológico positivo. Por ejemplo, el análisis factorial de una variedad de medidas de bienestar (Compton, et al., 1996) especifica dos factores correlacionados de bienestar psicológico (p.ej., felicidad, satisfacción con la vida) y crecimiento personal (p.ej., apertura a la experiencia, madurez). Por su parte, Ryff y Keyes (1995) utilizaron datos de múltiples estudios para investigar las asociaciones entre ambos tipos de bienestar: se encontraron asociaciones moderadas entre las dos escalas de bienestar psicológico (autoaceptación y dominio ambiental) y medidas de felicidad y satisfacción con la vida, aunque las cuatro dimensiones restantes del bienestar psicológico (autonomía, crecimiento personal, relaciones positivas con otros, propósito en la vida) mostraron relaciones mixtas o débiles con el bienestar subjetivo.

En el estudio de Keyes et al. (2002), usando una muestra nacional de adultos estadounidenses, se encontró que las escalas de bienestar psicológico se correlacionaron positivamente con todas las escalas del bienestar subjetivo. Además, la correlación entre ambas escalas globales fue de .59 ( $p = .001$ ). Por lo tanto, los adultos que declaran niveles más altos de bienestar psicológico también sienten un afecto más positivo y un afecto menos negativo y evalúan su satisfacción con la vida de manera más positiva. Este estudio también confirmó la hipótesis de que ambos tipos de bienestar representan concepciones relacionadas pero distintas del bienestar. Los datos indican que el modelo que mejor se ajusta es el que presenta dos construcciones latentes correlacionadas, es decir, bienestar psicológico y subjetivo, en lugar de dos factores ortogonales (o un factor general). Por lo tanto, aunque estos constructos latentes están altamente correlacionados, cada uno conserva su singularidad como una faceta distinta del bienestar general. Precisamente, son los aspectos más existenciales del bienestar psicológico (es decir, el propósito en la vida y el crecimiento personal) los que se diferencian más claramente de las evaluaciones afectivas y de CV del bienestar subjetivo.

A continuación, se explica de manera detallada los conceptos de bienestar subjetivo de la tradición hedónica que está relacionado con la felicidad, y de bienestar psicológico de la tradición eudaimónica que está ligado al desarrollo del potencial humano.

### **1.3.1. Bienestar subjetivo**

En muchas ocasiones en la literatura no aparecen explícitas las definiciones de bienestar subjetivo, pero son muchos los autores que han tratado de definir la felicidad o el bienestar (Csikszentmihalyi, 1999; Diener, 2000; Myers, 2000; Peterson, 2000; Seligman y Csikszentmihalyi, 2014). Según Diener et al. (2009), el bienestar subjetivo se refiere a las evaluaciones cognitivas y afectivas que una persona hace de su vida. Por

tanto, teniendo en cuenta la tradición hedónica, el bienestar subjetivo se centra, tal como indicaban Ryff y sus colaboradores (2002), no solamente en la felicidad, sino también en la satisfacción con la vida. De esta manera, actualmente, la forma más extendida de entender el bienestar subjetivo es como una realidad compuesta por tres factores: uno cognitivo que es la satisfacción con la vida y los otros dos de naturaleza afectiva, que son el afecto positivo y el afecto negativo, los cuales conforman lo que se denomina balance afectivo (o también nivel hedónico) (Rodríguez y Goñi, 2011). El primer factor, la satisfacción con la vida, se entiende como la valoración que hace el individuo de su propia vida en términos positivos (Campbell et al., 1976; Diener, 1994; Veenhoven, 1994), mientras que los otros dos factores, resultan del balance que hace la persona entre sus sentimientos positivos (felicidad) y los negativos, es decir que una persona es más feliz cuando predomina la experiencia afectiva positiva sobre la negativa (Bradburn, 1969; Argyle, 1999). De acuerdo con Suldo y Huebner (2006), las personas con altos niveles de bienestar subjetivo tienen una mayor satisfacción con la vida y una experiencia afectiva más positiva que negativa. Por tanto, el bienestar subjetivo es un concepto amplio que incluye experiencias emocionales placenteras, niveles bajos de estados de humor negativos y alta satisfacción con la vida. Estas experiencias positivas que constituyen el bienestar subjetivo son conceptos claves de la psicología positiva porque hacen la vida más gratificante (Diener et al., 2009; Kong y You, 2013).

Estas dos concepciones (cognitiva y afectiva) se corresponden con diferentes marcos temporales del bienestar subjetivo, por lo que deben ser medidos por separado. Diener et al. (1999) realizaron un estudio multirasgo-multimétodo en el que se concluye que los tres factores que conforman el bienestar subjetivo (satisfacción con la vida, afecto positivo y afecto negativo), son constructos independientes entre sí al contar con entidad propia a pesar de que correlacionan entre ellos. Por un lado, la satisfacción con la vida es

una recapitulación de la propia vida (medida a largo plazo de la vida de una persona) y, por otro lado, el balance afectivo es el resultado de las reacciones inmediatas y continuas a los eventos que nos suceden (experiencia inmediata) (Vázquez et al., 2013). De esta manera es posible que estemos satisfechos con nuestra trayectoria vital y que a la vez tengamos sensaciones inmediatas poco gratificantes (Diener, 2009). En una investigación llevada a cabo por Rodríguez y Goñi (2011), se da validez empírica a este modelo tridimensional, pues concluye que la mejor explicación del bienestar subjetivo es el resultado de la interacción entre los tres elementos (satisfacción, afecto positivo y afecto negativo). Actualmente, la evidencia acumulada indica que estos componentes principales del bienestar subjetivo son independientes y que están influenciados por diferentes causas. Por ejemplo, mientras que la satisfacción con la vida correlaciona estrechamente con el logro personal y las circunstancias sociales, como el nivel de educación personal, la riqueza nacional o personal (Diener, et al., 2009; Kahneman, et al., 2006; Kahneman y Stone, 2010), las emociones (p.e., la felicidad o la tristeza) están más relacionadas con los acontecimientos y las circunstancias cotidianas (Diener et al, 2009 y 2010). Asimismo, la extraversión se asocia con la experiencia positiva, pero está mucho menos relacionada con las experiencias negativas, o, los ingresos están mucho más relacionados con la satisfacción con la vida que con un afecto negativo más bajo (Diener, 2013).

Se ha demostrado repetidamente que esta evaluación de la vida se asocia con diversos aspectos, como la satisfacción conyugal (Diener y Seligman, 2002), la productividad (Lyubomirsky, et al., 2005), la mejora de la salud física y mental (Vázquez, et al., 2015), o incluso la longevidad (Diener y Chan, 2011). La mayoría de los estudios son de tipo correlacional, por ello, los investigadores se preguntan si el bienestar subjetivo actúa como antecedente o consecuente. Los estudios longitudinales concluyen que

sentirse feliz no es solo un resultado placentero, sino que también puede ser un predictor y causa del comportamiento futuro. La influencia que ejerce un alto bienestar subjetivo a menudo parece ser positiva (De Neve, et al., 2013). Las personas que se sienten satisfechas y que experimentan sentimientos positivos la mayor parte del tiempo actúan de forma diferente a aquellos que son infelices, y también disfrutan de una mejor salud (Diener y Chan, 2011; Lyubomirsky, et al., 2005). Por lo tanto, el bienestar subjetivo puede verse como una causa de resultados y no simplemente como el resultado de circunstancias felices. Esto se ha comprobado en el caso de las relaciones interpersonales, ingresos, empleo, salud, etc. Es decir, los hallazgos longitudinales muestran que las personas felices pueden ser más propensas a casarse y ganar más, sin que el matrimonio y los ingresos necesariamente causen cambios a largo plazo en el bienestar subjetivo (Diener, 2013). Ahora se sabe que un alto bienestar puede conducir a una mejor salud y longevidad (en lugar de ser causado por ellos), a mejores relaciones sociales, y a una mayor productividad laboral (p. ej., Edmans, 2012; Harter, et al., 2010). El bienestar subjetivo probablemente ejerza un papel causal en la buena salud y no solo se desprenda de ella. Además, los estudios experimentales muestran que los sentimientos positivos pueden tener efectos fisiológicos deseables, y los sentimientos negativos pueden tener efectos indeseables. Los estudios cuasiexperimentales indican que puede haber un repunte en las muertes derivadas del estrés debido a los desastres. También se están identificando los factores que median en la relación entre un alto bienestar y una mejor salud y longevidad, por ejemplo, un sistema inmune más fuerte y mejores comportamientos de salud, como el ejercicio (Diener, 2013).

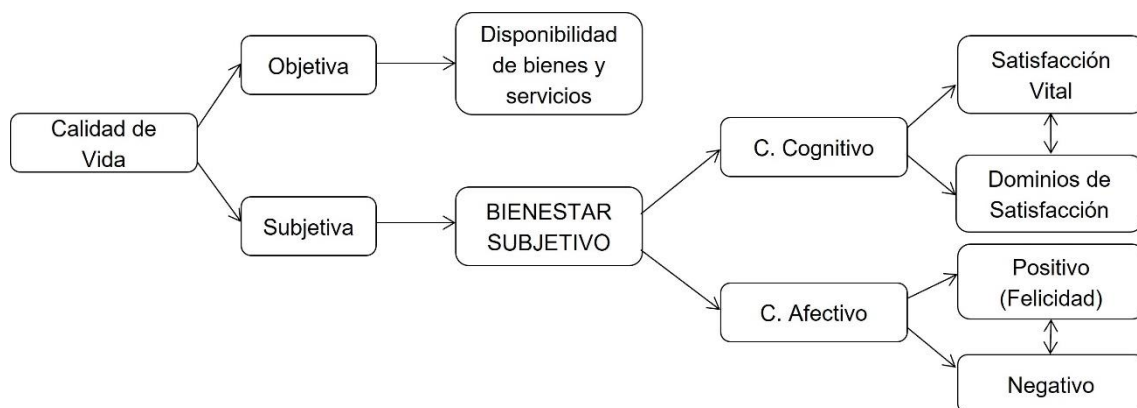
Aunque muchos autores utilizan los términos de calidad de vida y bienestar subjetivo como intercambiables, en esta tesis, con el fin de entender la relación entre los diferentes factores del bienestar subjetivo y su relación con la CV, partimos del



planteamiento teórico de Moyano, et al. (2006) en el que se incluyen tanto los componentes objetivos como subjetivos de la CV. Esta relación queda plasmada en la figura 4. Su dimensión objetiva se refiere a la disponibilidad que tienen las personas de bienes y servicios, mientras la subjetiva hace referencia a la valoración que hacen las personas de determinados aspectos de la propia vida, y se denomina bienestar subjetivo. Diener et al. (1985) también consideran que el bienestar subjetivo está constituido por 3 componentes relacionados entre sí: afecto positivo, ausencia de afecto negativo y satisfacción con la vida como un todo. Desde esta perspectiva, el afecto positivo es la referencia a la que se denomina “felicidad”.

**Figura 4.**

*Relación entre los conceptos de Calidad de Vida y Bienestar*



*Nota.* Relación entre la CV, el bienestar subjetivo, la satisfacción vital y la felicidad; Fuente: Moyano y Ramos (2007).

Puesto que los principales estudios de los científicos sociales versan sobre el bienestar subjetivo conformado por aspectos cognitivos (satisfacción con la vida) y afectivos (felicidad), vamos a entrar más en detalle en cada uno de ellos para ver las diferencias existentes.

### **1.3.2. Satisfacción con la vida**

El primer factor, satisfacción con la vida, es un importante constructo de la Psicología Positiva (Bolier, et al., 2013; Moksnes y Espnes, 2013; Proyer, et al., 2013). Representa la diferencia entre las aspiraciones y los logros de una persona. A través de la satisfacción con la vida se puede medir desde la sensación de realización personal hasta la experiencia vital de fracaso o de frustración. Es un componente cognitivo del bienestar subjetivo que se puede definir como la valoración global que la persona hace de su vida, comparando lo que ha conseguido, sus logros, con lo que espera obtener, sus expectativas (Diener et al., 1985; Pavot y Diener, 2008; Proctor et al., 2009). Por tanto, los juicios sobre la satisfacción dependen de las comparaciones que el sujeto hace entre las circunstancias de su vida y un estándar que considera apropiado (Atienza et al., 2000). En un análisis más profundo de este componente cognitivo, algunos autores (Cummins, 1996; Cummins, et al., 1994; Diener, et al., 2013) han propuesto el uso de diferentes dominios a la hora de descomponer los juicios que las personas realizan sobre sus vidas. En este sentido, Cummins (1996), después de revisar veintisiete definiciones relativas a CV, estableció los siguientes dominios o áreas relevantes en este proceso de valoración: bienestar material, salud, productividad, intimidad, seguridad, comunidad y bienestar emocional. En esta línea, Moyano y Ramos (2007) definen la satisfacción con la vida como “la valoración positiva que la persona hace de su vida en general, o de aspectos particulares de ésta (familia, estudios, trabajo, salud, amigos, tiempo libre), siendo los dominios de funcionamiento más cercanos e inmediatos a la vida personal de los individuos los que tendrían mayor influencia sobre el bienestar personal” (p. 186). Por lo tanto, la satisfacción puede considerarse un estado psicológico que resulta al tener en cuenta la personalidad del individuo junto con su entorno microsocioal (estado civil, familia, participación social, satisfacción laboral, apoyo social) y macrosocioal (ingresos,

cultura) (Díaz, 2001; García-Viniegras y González, 2000). En muchos estudios, la satisfacción con la vida se utiliza como uno de los indicadores más importantes de la calidad de vida (Diener et al., 2013; Dolnicar et al., 2013; Frisch, 2013; Hofmann et al., 2014; Slocum-Gori, et al., 2009).

En lo referente a la medición de la satisfacción con la vida, una de las escalas más empleadas es la desarrollada por Diener et al. (1985), The Satisfaction With Life Scale (SLWS) (Escala de Satisfacción con la Vida). Esta escala consta de 5 ítems con rango de respuesta de 1 (muy en desacuerdo) a 7 (muy de acuerdo). La SWLS se ha administrado a muestras diversas y se han realizado versiones en distintos idiomas, por lo que existen datos normativos muy variados. En los estudios realizados, esta escala presenta una estructura unidimensional (Anaby, et al., 2010; Arrindell et al., 1999; Balatsky y Diener, 1993; Lewis et al., 1999; Vautier et al., 2004; Vittersø et al., 2002). El primer ítem es consistentemente el más asociado con el puntaje total y el factor latente, mientras que el quinto ítem es frecuentemente el menos asociado. Algunos estudios han concluido que una solución de 2 factores se ajusta mejor a los datos, principalmente debido a que el ítem 5 está menos correlacionado (Gouveia et al., 2009; Hultell y Gustavsson, 2008; Oishi, 2006; Slocum-Gori et al., 2009; Wu y Yao, 2006). El quinto ítem investiga las circunstancias pasadas versus las actuales. Pavot y Diener (2008) sostienen que los 5 ítems se pueden usar con confianza, pero si el investigador está estrictamente interesado en la satisfacción actual, el ítem 5 se puede descartar. Un meta-análisis de 60 estudios que evaluaron la fiabilidad de la SWLS encontró una media de alfa de Cronbach de .78 con intervalos de confianza del 95% que van desde .766 a .807 (Vassar, 2008). En el estudio de validación original, Diener et al. (1985) encontraron un coeficiente de correlación test-retest de 2 meses de 0.82. Los estudios han informado .80 (Steger et al., 2006) y .84 (Pavot et al., 1991) para intervalos de 1 mes; .54 para un intervalo de 4 años (Magnus et al.,

1993); y .51 para un promedio de 5 años (Fujita y Diener, 2005). Que la estabilidad temporal de la escala baje a medida que pasa el tiempo es consistente con las expectativas de variabilidad en las circunstancias de la vida y, por lo tanto, la satisfacción con la vida. La investigación sobre el SWLS ha demostrado que el estado de ánimo actual tiende a tener un pequeño efecto en la satisfacción con la vida (Diener, 2004), pero los rasgos de personalidad (es decir, extraversión, neuroticismo, amabilidad y conciencia) (Heller et al., 2004), tienen un modesto efecto de "arriba hacia abajo" ("top-down"). Un gran estudio con gemelos de los Países Bajos encontró que el 38% de la varianza en la SWLS era atribuible a la heredabilidad, incluidas las características de personalidad compartidas de los gemelos (Stubbe et al., 2005). La satisfacción general se asocia significativamente con los dominios específicos que una persona considera importantes (Heller et al., 2004). Los estudios de validación originales correlacionaron la SWLS con otras 10 medidas de bienestar subjetivo ( $r = .50$  o más). Numerosos estudios posteriores han encontrado correlaciones comparables o mayores con otras poblaciones cuando se utilizan calificaciones de entrevistadores, informes de informantes u otras medidas objetivas (Pavot y Diener, 2008). Cuando se administra junto con medidas de evaluación afectiva positiva y negativa, la SWLS tiende a correlacionarse modestamente con ambos constructos, lo que indica que la SWLS es una dimensión de bienestar subjetivo diferente de la afectividad positiva o negativa. Por otra parte, se ha comprobado que la SWLS es sensible a la terapia (Friedman, 1991, citado en Pavot y Diener, 2008), y que está influida por los acontecimientos más sobresalientes ocurridos en la historia reciente del sujeto (Pavot y Diener, 2008). La SWLS también ha mostrado correlaciones negativas con medidas clínicas de distrés como la depresión, la ansiedad o el afecto negativo (Atienza et al., 2000).

La última revisión de la SWLS (Corrigan et al., 2013) confirma que es una herramienta útil para comparaciones grupales en investigación o evaluación de programas. Por lo que, dados sus buenos resultados y su fácil administración, en el presente estudio se ha optado por la utilización de esta escala, en la versión española validada y fiabilizada por Núñez et al. (2010). En la investigación de Vázquez et al. (2013) comprueban con una muestra representativa de la población española ( $N = 2.964$ ) que la escala de satisfacción con la vida no muestra diferencias significativas en función de la edad o el sexo. Sin embargo, los participantes con un nivel educativo más alto y los que tienen una ocupación están más satisfechos con sus vidas. Los datos apoyan la estructura unidimensional de la escala. Además, se encuentran correlaciones significativas entre las puntuaciones de satisfacción con la vida y felicidad subjetiva y apoyo social. La consistencia interna de la escala es de .88.

En un estudio más reciente de González-Rivera y Rosario-Rodríguez (2020) desarrollado con una muestra de 1973 adultos de Puerto Rico, se confirma la estructura unidimensional de la escala. Además, muestra una buena fiabilidad con un alfa de Cronbach de 0.90.

Analizada esta revisión, se puede considerar que los resultados respecto a esta escala indican que la versión en español de la escala SWLS es una medida válida y confiable de satisfacción con la vida en su versión traducida al español.

### **1.3.3. Felicidad**

El segundo factor, la felicidad, es una manifestación principal del funcionamiento óptimo, ya que estamos programados para sentirnos bien cuando funcionamos bien (por ejemplo, Balcombe 2006, citado en Veenhoven, 2011). La felicidad también es un factor determinante del funcionamiento óptimo, ya que «amplía» nuestro repertorio conductual

y «construye» recursos (Fredrickson 2004, citado en Veenhoven, 2011). En consecuencia, la felicidad es un tema importante desde la perspectiva de la Psicología Positiva.

La felicidad es un elemento afectivo y constituye el plano hedónico, es decir, contiene el agrado experimentado por la persona con sus sentimientos, emociones y estados de ánimo más frecuentes. Se refiere a la presencia de sentimientos positivos, lo que algunos autores denominan felicidad (Arita et al., 2005). La felicidad es, por tanto, un estado subjetivo del individuo que éste obtiene de su auto-informe. Se considera que una persona es feliz cuando ha tenido muchas experiencias positivas en su vida y pocas negativas, de tal manera que se percibe globalmente satisfecha con su vida (Lyubomirsky, 2008). La mayoría de las personas son capaces de informar sobre su grado de felicidad o infelicidad, pero este juicio no es equivalente a una simple suma de sus reacciones afectivas recientes. Operacionalmente, según Lyubomirsky et al. (2005), la felicidad se define como un estado más duradero y crónico que los estados de ánimo momentáneos o diarios, pero es algo maleable en el tiempo y, por lo tanto, susceptible de una búsqueda significativa. Estos autores consideran que las personas con niveles de felicidad crónica similares pueden diferir en sus niveles relativos de patrones hedónicos porque este juicio no es equivalente a una simple suma de sus reacciones afectivas recientes o a su satisfacción con la vida.

Sin embargo, para otros autores, la felicidad es un concepto más amplio que el bienestar y la satisfacción (Cuadra y Florenzano, 2003, citado en Moyano y Ramos, 2007). Desde este punto de vista lo que permite a una persona hacer una valoración del bienestar subjetivo es la autoevaluación de la satisfacción y la felicidad sentida en relación con los dominios y dimensiones de la vida, así como de la vida evaluada globalmente. En palabras de Veenhoven (2009), «la felicidad es el grado con que una persona juzga favorablemente la calidad global de su propia vida como un todo» (p. 7), en otras palabras,

en qué medida la persona está a gusto con la vida que lleva. Para entender mejor el concepto de felicidad y sus diferentes significados, Veenhoven (2009) desarrolla una matriz 4x4 que se basa en las siguientes dicotomías: aspectos de la vida por contraposición a la vida como un todo y disfrute pasajero por contraposición a felicidad duradera. De esta manera, en la figura 5 aparecen las distintas combinaciones quedando la distinción entre parte y todo expresado en vertical y entre disfrute pasajero y duradero de forma horizontal. Por lo tanto, al realizar el cruce entre estos diferentes aspectos, podemos entender la felicidad de las siguientes cuatro formas:

- Placer o satisfacción instantánea: corresponde al cuadrante superior izquierdo. Es la felicidad hedónica y se produce cuando se evalúa un aspecto pasajero de la vida. Contribuye a la valoración positiva de la vida, pero no la conforma en su conjunto.
- Experiencia cumbre: corresponde al cuadrante inferior izquierdo y se refiere a la felicidad entendida como la combinación entre una experiencia muy intensa pero poco duradera (efímera) y el aprecio general en la vida. Es decir, que una experiencia muy importante en nuestra vida y muy feliz nos hace tener una sensación de felicidad en su totalidad. A veces, estas experiencias cumbre pueden ser perjudiciales para lograr la felicidad total, pues pueden producir una desorientación (Diener et al., 1989).
- Satisfacción con un ámbito: es el cuadrante superior derecho y hace referencia a la felicidad duradera en algún aspecto concreto de la vida, como puede ser felicidad en el trabajo. Tienen continuidad por sí sola a pesar de que depende de un flujo continuo de satisfacciones instantáneas.
- Satisfacción vital: es el cuadrante inferior derecho y se refiere a la felicidad global. Es la satisfacción duradera con la propia vida como un todo.

Por consiguiente, una persona puede estar satisfecha con su trabajo (es feliz en un ámbito de su vida), pero no estar satisfecha con su vida (no tiene una vida feliz) o puede

experimental felicidad de una manera breve o duradera. Como se puede observar, el término felicidad se emplea en todas ellas a pesar de ser concepciones diferentes.

**Figura 5.**

*Usos de la felicidad según Veenhoven*

	<i>Pasajera</i>	<i>Duradera</i>
<i>Aspecto de la vida</i>	<b>Placer</b>	<b>Satisfacción con un ámbito</b>
<i>Vida como totalidad</i>	<b>Experiencia cumbre</b>	<b>Satisfacción vital (felicidad)</b>

*Nota.* Los cuatro tipos de felicidad; Fuente: Veenhoven (2009, p. 283).

Como se ha podido observar, es muy habitual que términos como felicidad, bienestar subjetivo, CV, satisfacción con la vida y afectividad positiva se utilicen de forma intercambiable. Por ejemplo, en muchas de las investigaciones se utilizan medidas de satisfacción con la vida para evaluar el concepto de felicidad. Sin embargo, los resultados derivados de las preguntas sobre felicidad y satisfacción con la vida son diferentes (Veenhoven y Vergunst, 2014).

De hecho, hay multitud de escalas para medir el bienestar que se asocian a la evaluación de la felicidad. Por ejemplo, la Escala de Satisfacción con la Vida (Satisfaction With Life Scale) de Diener et al. (1985), la versión corta de la escala de Depresión-Felicidad (Joseph et al. (2004), el Inventario de Felicidad de Oxford (Lewis et al., 2002), el Índice de Felicidad Steen (Seligman, et al., 2005) y la Escala Factorial de Felicidad, (Alarcón, 2006). Estas escalas han sido criticadas porque evalúan diferentes componentes de la felicidad, como la afectividad y la satisfacción y porque están compuestas por ítems algo difusos (Swami, 2008), por lo que es mejor emplear otras escalas más estrictas que eviten el solapamiento de los diferentes constructos (Kashdan, 2004).



En este estudio se ha tomado como referencia el concepto de felicidad de Lyubomirsky (2008) y, por tanto, se ha empleado para medirla the Subjective Happiness Scale (SHS) de Lyubomirsky y Lepper (1999) (Escala de Felicidad Subjetiva). Esta escala es una medida global de felicidad subjetiva, que evalúa una categoría de bienestar como fenómeno psicológico global, considerando la definición de felicidad desde la perspectiva de quien responde. Consta de 4 ítems con respuesta tipo Likert de 7 puntos, siendo 1 “Nada feliz” y 7 “Muy feliz” y fue validada inicialmente en muestras estadounidenses y rusas. Dos de los ítems ofrecen una descripción breve de personas que se consideran felices o infelices y para estos se pide que la persona que responde conteste hasta qué punto le describe cada una de las situaciones. Respecto a los otros dos ítems, se pide a los encuestados que se caractericen a sí mismos como felices o infelices a nivel personal y con respecto a las demás personas. Usando 14 submuestras de Estados Unidos y Rusia, los autores encontraron que el SHS presentaba una consistencia interna adecuada en muestras de diferentes edades y culturas ( $r = .79$  a  $r = .93$ ), buena fiabilidad test-retest en intervalos que varían desde 3 semanas ( $r = .61$ ) a 1 año ( $r = .55$ ), así como indicadores satisfactorios de validez convergente que van desde  $r = .52$  a  $r = .72$  entre SHS y otros instrumentos de felicidad y constructos disposicionales que deberían estar teóricamente relacionados, como el optimismo, afecto positivo y negativo, neuroticismo o disforia (Lyubomirsky y Lepper 1999). Por lo tanto, se ha demostrado que la felicidad es diferente de otros constructos auto-evaluatorios similares, como la autoestima (Lyubomirsky et al., 2006).

Esta escala ha sido validada en múltiples países confirmando sus propiedades psicométricas. Por ejemplo, Estados Unidos (Mattei y Schaefer 2004), Japón (Shimai, et al., 2004), Malasia (Swami, 2008) y Alemania (Swami et al. 2009). Estas adaptaciones han proporcionado evidencia de la validez de constructo de la escala en varios grupos

culturales, en todos los casos encontrando indicadores aceptables de estabilidad temporal y niveles adecuados de consistencia interna. Del mismo modo, todas las traducciones han confirmado la estructura unitaria del SHS original (Extremera y Fernández-Berrocal, 2014).

Más recientemente, ha sido validada en Colombia (Quiceno et al., 2012), Argentina (Ortiz et al., 2013), Brasil (Damásio et al., 2014), Grecia (Karakasidou et al., 2016), México (Quezada et al., 2016), Portugal (Mota et al., 2017), Rumania (Cazan, 2017), Hungría (Szabo, 2019) y China (ChinLung et al., 2019). En estas validaciones se muestran resultados satisfactorios con puntuaciones de alfa de Cronbach entre .68 y .87 y confirman una estructura de un solo factor (Barraza, 2020).

En este estudio se ha empleado la versión traducida al español de Vera-Villarroel, Celis-Atenas y Córdoba-Rubio (2011).

#### **1.3.4. Afectividad**

Según Seligman et al. (2005), desde la Psicología Positiva se ha mejorado la comprensión de cómo, por qué y en qué condiciones se dan en las personas las emociones positivas y el carácter positivo (p. ej., Cameron et al., 2003; Easterbrook, 2003; Gardner et al., 2001; Kahneman et al., 1999; Murray, 2003; Vaillant, 2000).

En esta tesis, el último factor, la afectividad se va a abordar desde dos perspectivas, el afecto positivo y el afecto negativo (Watson et al., 1988). Por una parte, el Afecto Positivo (AP) representa la dimensión de emocionalidad positiva, energía, afiliación y dominio de un individuo. Por otra parte, el Afecto Negativo (AN) se refiere a la dimensión de la sensibilidad temperamental de un individuo ante estímulos negativos.

Diversos autores han constatado que estos dos factores no correlacionan entre sí, sino que son dimensiones diferenciadas e independientes, de tal forma que el polo alto de

cada factor representa un estado alto de afecto, mientras que el polo bajo es un reflejo de la ausencia de implicación afectiva (Billings et al., 2000; Crocker, 1997; Diener et al., 1984; Kercher, 1992; Tellegen et al., 1999; Watson y Clark, 1997; Watson y Tellegen, 1985). Se ha demostrado que las personas con alto AP experimentan con facilidad sentimientos de satisfacción, gusto, entusiasmo, energía, amistad, unión, afirmación y confianza. En contraste, las personas con bajo AP tienden a manifestar desinterés y aburrimiento. En cambio, la presencia de un alto índice de AN implica experiencia de emociones negativas como miedo o ansiedad, tristeza o depresión, culpa, hostilidad e insatisfacción, así como actitudes negativas y pesimismo, problemas o quejas somáticas e, insatisfacción y valoración negativa de uno mismo/a y de los demás (Robles y Páez, 2003). Sin embargo, otros autores encontraron evidencias de bipolaridad (Green y Salovey, 1999) o resultados mixtos. Russell y Carroll (1999) sugirieron que la relación entre AP y AN varía según el tiempo, las opciones de respuesta, los elementos elegidos para definir AP y AN, y los errores de medición. Reich, Zautra y Potter (2001) encontraron independencia en individuos con mayor complejidad cognitiva y bipolaridad en individuos con una menor complejidad cognitiva. Finalmente, Billings et al. (2000) descubrieron que es posible experimentar simultáneamente emociones negativas muy altas y positivas muy altas. La conceptualización de estas dos dimensiones del afecto puede tomar dos vertientes: como estados afectivos y como disposiciones personales de la emocionalidad más o menos estable. Si se toma esta segunda vía de conceptualización, el AN no sólo se considera una disposición emocional negativa, sino que también se considera un rasgo más general del distrés somato-psíquico, estando asociado al neuroticismo, justificando, de esta forma, las correlaciones positivas encontradas entre el AN y los auto-informes de estrés y quejas somáticas (Watson, 1988; Watson y Pennebaker, 1989). Por otro lado, el AP se relacionaría con la participación social,

autoinforme de sucesos placenteros y frecuencia de ejercicio físico (Clark y Watson, 1988; Watson, 1988). Además, el afecto es considerado un rasgo de la personalidad estable en el tiempo (Watson et al., 1988).

Respecto a la medición, con el objetivo de obtener descriptores lo más puros posibles del afecto (p.e., marcadores del afecto positivo o negativo), se partió de los resultados obtenidos en los estudios previos realizados por Zevon y Tellegen (1982) y Watson y Tellegen (1985), entre otros, para crear la escala *Positive and Negative Affect Scale* (PANAS) (Watson et al., 1988). Consta de 20 ítems (palabras que describen diferentes sentimientos y emociones), de los cuales 10 hacen referencia al afecto positivo y 10 al afecto negativo. La persona debe responder el grado en que experimenta cada uno de esos sentimientos o emociones en una escala tipo Likert de 5 puntos, en donde 1 significa «ligeramente o nada» y 5 «mucho». Todos los ítems se pueden contestar en función de diferentes instrucciones: 1) en el momento, 2) hoy, 3) en los últimos días, 4) en la última semana, 5) en las últimas semanas, 6) en el último mes, 7) en el año y 8) generalmente. Dependiendo del marco temporal utilizado, el PANAS puede evaluar estados afectivos, estado de ánimo y rasgos (Galinha, Pereira y Esteves, 2013). Esta escala nos permite obtener una puntuación en afectividad positiva (subescala AP) y otra en afectividad negativa (subescala AN). Como ya se ha comentado, aunque algunos estudios apoyan la dependencia de estas dos dimensiones o incluso han encontrado resultados mixtos, la mayoría de los estudios encontraron que la correlación entre las dos dimensiones es invariablemente baja, lo que refuerza la idea de que son ámbitos independientes del bienestar afectivo. Esta escala goza de gran aceptación pues tiene una alta consistencia interna y una adecuada estabilidad temporal (Watson et al., 1988). Los resultados mostraron correlaciones entre el Tiempo 1 y el Tiempo 2, de .39 a .71. La versión del afecto como rasgo y los marcos temporales más amplios de la escala

mostraron la mayor estabilidad temporal. Sin embargo, la escala PANAS exhibe un nivel significativo de estabilidad en cada período de tiempo, incluso en las clasificaciones de momento. Estos resultados son consistentes con hallazgos anteriores (Watson y Clark, 1984) y sugieren el fuerte componente disposicional del afecto. Según los autores, incluso los estados de ánimo momentáneos son reflejos del nivel afectivo general del individuo (Watson et al., 1988). Terracciano, McCrae y Costa (2003) también investigaron la estabilidad del PANAS durante un intervalo de tres meses. Encontraron que AP en el tiempo 1 se correlacionó con AP en el tiempo 2 ( $r = .65, p < .001$ ), mientras que AN en el tiempo 1 se correlacionó con AN en el tiempo 2 ( $r = .52, p < .001$ ). El test-retest del afecto como rasgo durante el mismo período arrojó, como se esperaba, correlaciones más altas, entre .73 y .76. La investigación sobre la estructura factorial del PANAS muestra que tanto el modelo de dos factores (Crawford y Henry, 2004; Crocker, 1997; Nolla et al., 2014; Ebesutani et al., 2011; Leue y Beauducel, 2011; Rush y Hofer, 2014; Terracciano et al., 2003; Tuccitto et al., 2010; Watson y Clark, 1997) como el de tres factores (Beck et al., 2003; Gaudreau et al., 2006; Killgore, 2000, Mehrabian, 1997) producen buenos índices de ajuste. En general, en el modelo de tres factores, AP se mantiene como un factor y AN se divide en dos factores conceptualmente significativos: Miedo y Malestar. El estudio de Galinha et al. (2013) en el que examina ocho diferentes estructuras alternativas del PANAS, concluye que dividir a AN en categorías de miedo y enojo puede ser redundante. Por tanto, el modelo con un mejor ajuste a los datos y más parsimonioso, es el que representa dos dimensiones independientes de AP y AN en el que correlacionan los errores de los ítems que pertenecen a las mismas categorías de contenido (véase Zevon y Tellegen, 1982) y el ítem «excitado» carga en los dos factores. Además, ha demostrado ser una medida válida y fiable en distintos tipos de población (clínica y normal, adolescentes, adultos y personas mayores) (Robles y Páez, 2003).

En este estudio se ha empleado la versión traducida al español de Sandín et al. (1999), ya que todos los estudios realizados con distintas muestras españolas para analizar las propiedades psicométricas de la escala adaptada al español han aplicado esta versión (Buz et al., 2015; Nolla et al., 2014; Joiner et al., 1997; Moreta-Herrera et al., 2021; Ortuño-Sierra, et al., 2015; Sandín, 2003).

### **1.3.5. Bienestar psicológico**

Muy relacionado con la tradición hedónica del bienestar de la que se ha hablado en los apartados anteriores, se encuentra la tradición eudaimónica.

Desde esta perspectiva surge el denominado bienestar psicológico, que ha centrado su atención en el despliegue de capacidades, el crecimiento personal y el desarrollo del potencial humano, conceptos concebidos como los principales indicadores del funcionamiento positivo (Merino y Privado, 2015).

Las primeras aportaciones al bienestar psicológico surgieron de diferentes teorías universalistas: las teorías de la salud mental positiva de Jahoda (1958), el sentido de crecimiento personal o compromiso de Erikson (1959), el concepto de funcionamiento pleno de Rogers (1961), el concepto de madurez de Allport (1961) y el de auto-actualización de Maslow (1968) (Díaz et al., 2006; Rodríguez-Carvajal et al., 2010). A pesar de que estas teorías tuvieron un gran impacto, los estudios no resultaron significativos dada la ausencia de fiabilidad y validez en los procedimientos de medida (Díaz et al., 2006).

Por ello, la investigadora Carol Ryff (1989) buscó los puntos comunes de estas teorías del bienestar y propuso un nuevo modelo de bienestar psicológico. Para ella, el bienestar psicológico, o salud mental positiva, está basado en las concepciones filosóficas clásicas del bienestar como virtud, en el sentido de búsqueda constante de la excelencia

personal que coincide con una concepción normativa que define lo que es bueno, deseable y aceptable, y no la vivencia solamente de sentimientos de alegría. Es decir, define el bienestar psicológico sin emplear elementos hedónicos; no incluye la cantidad de emociones positivas o de placer como un predictor en sí mismo del funcionamiento psicológico óptimo sino más bien como una consecuencia. Ryff y sus colaboradores (1989) fueron los primeros en crear un modelo multidimensional de Bienestar Psicológico. La mayor fortaleza de este modelo es que fue empíricamente verificado en población general norteamericana con pruebas de análisis factorial confirmatorio en la encuesta Midlife (MIDUS) (Ryff y Keyes, 1995) y, más adelante, en otros estudios como el de Clarke et al. (2001) con población canadiense con la encuesta CSHA (Canadian Study of Health and Aging), el de Cheng y Chan (2005) realizado en Hong-Kong y, más actualmente, el de Chitgian-Urzúa et al. (2013) y Vera-Villaruel et al. (2013). El resultado confirmó que el bienestar psicológico está compuesto por seis dimensiones (Ryff y Singer, 2008):

- Auto-aceptación: las personas necesitan sentirse bien con ellas mismas siendo conscientes de sus limitaciones y aceptándolas. Para un buen funcionamiento psicológico positivo, es fundamental tener actitudes positivas hacia uno mismo. Por tanto, supone una autoevaluación a largo plazo e implica conciencia y aceptación de las fortalezas y debilidades personales.
- Relaciones positivas: puesto que la capacidad de amar es un componente fundamental del bienestar, es imprescindible que las personas mantengan relaciones sociales positivas y tengan amigos en los que poder confiar. A nivel cultural, las relaciones se consideran características clave de cómo vivir (Keyes et al., 2002; Ryff y Singer, 1998).

- Autonomía: las personas necesitan asentarse en sus propias convicciones y mantener su independencia y autoridad personal para mantener su individualidad en diferentes contextos sociales (Ryff y Keyes, 1995). Este aspecto del bienestar se considera el más occidental de todas las dimensiones del bienestar.
- Dominio del entorno: es la habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para satisfacer los deseos y necesidades propias. Las personas con un alto dominio del entorno poseen una mayor sensación de control sobre el mundo y se sienten capaces de influir sobre el contexto que les rodea. La participación activa y el dominio del medio ambiente son elementos importantes del funcionamiento psicológico positivo.
- Propósito en la vida: esta dimensión del bienestar se basa en gran medida en las perspectivas existenciales, especialmente en la búsqueda de significado frente a la adversidad. Son las metas que se marcan las personas con el fin de definir una serie de objetivos que permitan dotar a su vida de un sentido.
- Crecimiento personal: de todos los aspectos del bienestar, es el crecimiento personal el que se aproxima más a la eudaimonia de Aristóteles, ya que está explícitamente relacionado con la autorrealización del individuo. Esta parte del funcionamiento positivo es, por lo tanto, dinámica e implica un proceso continuo de desarrollo del potencial de uno. Las personas necesitan también el empeño por desarrollar sus potencialidades, por seguir creciendo como persona y llevar al máximo sus capacidades (Keyes et al., 2002).

El instrumento creado para su medición es conocido como *Scales of Psychological Well-Being* (SPWB) (Escala de Bienestar Psicológico). Está compuesto por 120 ítems (Ryff, 1989) y el formato de respuesta es una escala de tipo Likert que va de 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo). Sin embargo, dada la longitud de la escala, posteriormente se propusieron varias versiones cortas. A fin de intentar mejorar la



consistencia interna de estas Escalas de Bienestar Psicológico, manteniendo al mismo tiempo un ajuste relativamente aceptable de los datos al modelo teórico de seis dimensiones, van Dierendonck (2004) propuso una versión compuesta por 39 ítems cuyas escalas mostraron una buena consistencia interna (con valores del Alfa de Cronbach comprendidos entre .78 y .81) y un ajuste relativamente aceptable (CFI = .88). Posteriormente, Díaz et al. (2006) realizaron su adaptación al castellano, con una muestra de 467 personas con edades comprendidas entre 18 y 72 años, encontrándose con una serie de limitaciones como la baja consistencia de la escala de crecimiento personal. Por ello, estos autores desarrollaron una nueva versión en castellano de las escalas de bienestar psicológico con 29 ítems (4 a 6 ítems por dimensión) que obtuvieron un nivel de ajuste excelente al modelo teórico propuesto de seis factores y un sólo factor de segundo orden (CFI = .95). Además, en esta versión, la totalidad de las escalas presentaron una buena consistencia interna, con valores del  $\alpha$  de Cronbach mayores o iguales que .70 (Díaz et al., 2006).

Sin embargo, y a pesar de ser el modelo de bienestar psicológico más extendido y estar apoyado por la literatura científica (Cheng y Chan, 2005; Chitgian-Urzúa et al., 2013; Clarke et al., 2001; Ryff, 1989; Ryff y Keyes, 1995; Ryff y Singer, 2008; Springer y Hauser, 2006; van Dierendonck, 2004; Vera-Villaruel et al., 2013), algunos autores manifiestan dudas sobre su estructura y su validez factorial (Abbott et al., 2010; Springer y Hauser, 2006; Tomás et al., 2012). Por ejemplo, algunas investigaciones valoran la posibilidad de que exista un factor de segundo orden que comprende las dimensiones de autoaceptación, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal como es el caso de Abbot et al. (2010). En su estudio presentan un modelo jerárquico de bienestar psicológico compuesto por tres factores: autonomía, relaciones positivas y un tercer factor de segundo orden compuesto por las cuatro dimensiones citadas. Por su parte,

van Dierendonck et al. (2008) encuentran que, después de analizar varios modelos, el que mejor se ajusta es el que tiene 6 dimensiones y un factor de segundo orden denominado bienestar. Mientras que otros como Springer y Hauser (2006) valoran la idea de que el bienestar psicológico esté compuesto por un solo factor. Por su parte, Tomás et al. (2012) eliminaron las dimensiones de autonomía y relaciones positivas para obtener mejor ajuste. En su caso, en 2010, Rodríguez-Carvajal et al. (2010) propusieron una variación en el modelo de Ryff, añadiendo a sus seis dimensiones, la vitalidad y los recursos internos, el cual presenta un mejor ajuste que los modelos clásicos. Sin embargo, Vera-Villaruel et al. (2013) encontraron, con una muestra de 1646 personas chilenas entre 18 y 90 años, que el modelo que presenta mejores indicadores de ajuste en la mayoría de los rangos etarios evaluados fue el de seis factores de primer orden. Finalmente, en un estudio más reciente (Freire et al., 2017) que trataba de aclarar la estructura factorial de la escala de bienestar psicológico se concluyó que el modelo con mejor ajuste era el que constaba de 4 factores, autoaceptación, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal.

Como hemos podido observar, actualmente no hay consenso en lo que a la estructura factorial se refiere, pero sigue siendo uno de los modelos más empleados para medir el bienestar psicológico de las personas de diferentes edades, sexos y culturas (Abbott, et al., 2010; Aranguren e Irrazabal, 2015; Blasco-Belled, 2022; Díaz et al., 2006; Freire et al., 2017; Muratori et al., 2015; Rodríguez-Carvajal, et al., 2010; Ryan y Deci, 2001).

Por otro lado, son muchas y variadas las investigaciones realizadas sobre la relación del bienestar psicológico con la CV y sus componentes empleando el modelo de Ryff (1989). Por ejemplo, en un estudio realizado por Ryff y Singer (2002), se encontró que los elementos eudaimónicos medidos correlacionaban no solo con el bienestar

subjetivo y la satisfacción con la vida, sino también con la salud física. Uno de los datos más sorprendentes fue que la relación entre los elementos eudaimónicos y la salud física era más fuerte que la relación de ésta con los elementos hedónicos del bienestar (Vázquez y Hervás, 2008). También se ha demostrado en otras investigaciones que la satisfacción con la vida y el afecto positivo (medidas hedónicas del bienestar) están fuertemente asociados con el bienestar psicológico (Ryan y Huta 2009; Waterman 2008). En otro estudio más reciente realizado, se encontró una fuerte relación entre la felicidad y el bienestar psicológico tanto en población argentina como española (Muratori et al., 2015). Por otra parte, Oramas et al. (2006) consideran que el bienestar psicológico es un indicador positivo de la salud mental. De la misma manera, el estudio realizado por Wood y Joseph (2010) afirma que las personas con un bienestar psicológico bajo tienen mayor posibilidad de padecer depresión en un futuro.

En este estudio se ha utilizado también el modelo de bienestar psicológico de Ryff y la escala empleada para su medición ha sido la versión validada al castellano de Díaz et al. (2006) que consta de 29 ítems y presenta una buena consistencia interna.

#### **1.4. Otras variables o conceptos relacionados con la Calidad de Vida**

A continuación, se va a hacer referencia a diversos conceptos de los que existe evidencia empírica de su relación con la CV y nos ofrecen una visión más amplia de ésta, ya que completan más, si cabe, su marco de acción.

Conceptos como *flow*, salud mental, autoestima, autoconcepto, soledad y apoyo social, que se describen a continuación, tienen también una gran importancia en la vida de las personas y cada uno de ellos influye de manera diferente en la concepción que tenemos sobre nuestra CV. Es decir, que la salud mental de las personas, el cómo se siente

cada uno consigo mismo, los apoyos que se reciben y la capacidad para centrarse en la realización de tareas, va a influir en la concepción de CV de cada individuo.

#### **1.4.1. Flow**

El *flow* o estado de flujo es un estado en el que la persona está completamente absorta en lo que está haciendo, llegando incluso a excluir cualquier otro pensamiento o emoción (Jackson y Csikszentmihalyi, 2002). Es una experiencia armoniosa en la que cuerpo y mente trabajan conjuntamente sin esfuerzo y en la que la persona siente que está sucediendo algo especial (Jackson y Csikszentmihalyi, 1999). Suele experimentarse cuando la persona está practicando su actividad favorita, aunque se puede experimentar con casi cualquier actividad siempre y cuando los elementos requeridos estén presentes (Csikszentmihalyi, 1997).

Según Csikszentmihalyi (1990) el estado de *flow* se entiende a través de nueve indicadores que caracterizan la experiencia óptima y hacen posible alcanzar este estado:

1. El equilibrio entre el nivel de habilidad y reto (F1). Es una de las condiciones básicas para experimentar *flow*. En concreto, que una tarea sea percibida como retadora es positivo porque mejora la motivación del individuo para llevarla a cabo. Esto solo es posible cuando dicha persona tiene capacidad suficiente para superar el desafío, de lo contrario puede hacer que experimente estrés (Lazarus y Folkman, 1984).

2. La fusión de acción y la conciencia (F2). Realizar las tareas de manera automática evitando que se interpongan otros pensamientos para que éstas se realicen de forma más fluida.

3. Metas claras (F3). Tener claros los objetivos para optimizar el rendimiento de una actividad en el nivel psicológico (Roberts, 2001).

4. Los comentarios directos y claros (F4). Saber si la actividad se está desarrollando correctamente para alcanzar un estado óptimo.

5. La concentración en la tarea que se realiza (F5). Ser capaz de concentrarse absolutamente en lo que se está realizando para alcanzar un estado óptimo (Cervelló et al., 2007).

6. Sensación de control (F6). Hay que tener la sensación de que se está controlando y dominando la tarea que se está haciendo.

7. La pérdida de la conciencia de uno/a mismo/a o la inhibición (F7). Evitar preocupaciones relacionadas con la propia habilidad para estar más seguros de sí mismos y atreverse con todo.

8. La distorsión del sentido del tiempo (F8). Perder la conciencia temporal; o bien el tiempo se acorta o se alarga, en función de lo que sea más beneficioso. De esta manera se consigue un mejor rendimiento en la tarea.

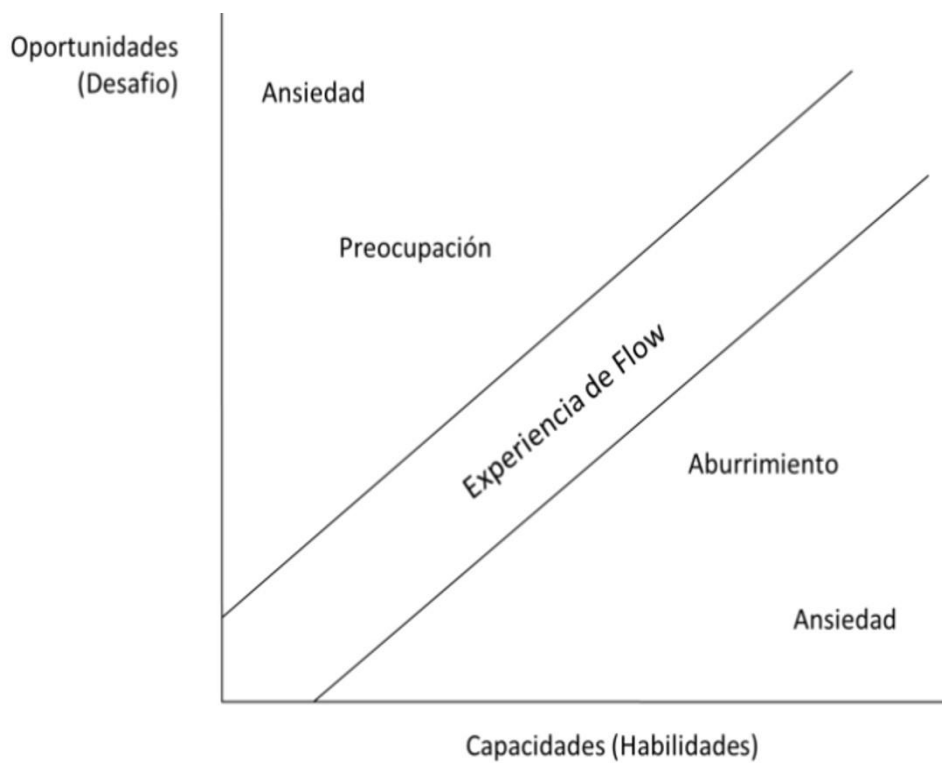
9. Experiencia autotélica (F9). Se refiere a la satisfacción intrínseca que produce la propia tarea (Ryan y Deci, 2002). Está estrechamente relacionado con la teoría de la autodeterminación que dice que una tarea se realiza más fácilmente cuando uno siente satisfacción realizando la tarea, sin esperar una recompensa externa.

El *flow* está construido sobre la idea del equilibrio entre la habilidad y el desafío, separando los estados de aburrimiento y ansiedad, de tal manera que, si el desafío de la tarea disminuye, puede convertirse en aburrida y si el desafío aumenta y las habilidades de uno no mejoran para poder hacer frente al desafío, la persona puede entrar en estado de ansiedad (Pearce et al., 2005). Es decir, es necesario que la persona tenga las habilidades adecuadas o la capacidad para responder a los desafíos actuales. Cuando las habilidades y los desafíos se equilibran entre sí, la situación generalmente produce *flow*.

Si los desafíos son demasiado altos en relación con las habilidades, la entropía aparece bajo la apariencia de preocupación o ansiedad. Si las habilidades abruma los desafíos, la autoconciencia aparece en forma de aburrimiento (Csikszentmihalyi, 2014) (véase figura 6). Esta forma de entender el *flow*, con el solo equilibrio entre habilidad y reto, llevó a Csikszentmihalyi a la idea de que, aunque el reto fuese bajo y la habilidad de la persona fuese baja, ésta podría experimentar el estado de flujo de la misma manera que si ambos (habilidad y desafío) fuesen altos (Csikszentmihalyi y Csikszentmihalyi, 1998; Pearce et al., 2005).

**Figura 6.**

*Un modelo de la experiencia de flujo*



Nota. Gráfica de la experiencia de flujo. Fuente: Csikszentmihalyi, 2014.

Sin embargo, los estudios realizados con metodología cuantitativa mostraron que los resultados empíricos obtenidos no coincidían con estas postulaciones teóricas. Al hallar estas discrepancias entre el modelo teórico y las evaluaciones empíricas, Massimini y Carli (1998) reivindicaron que la experiencia de flow solamente se da cuando los retos y las habilidades son superiores a cierto nivel y, además, están en equilibrio (Csikszentmihalyi y Csikszentmihalyi, 1998; Pearce, Ainley y Howard, 2005). Por este motivo los dos autores en 1998 ampliaron el modelo de Carli et al. (1988) compuesto por cuatro posibles combinaciones entre habilidad y reto: 1. Si el reto y la habilidad son altos, se produce flow; 2. Si el reto y la habilidad están en equilibrio, pero debajo de la media dan lugar a la apatía; 3. Si el reto es bajo y la habilidad alta, se produce aburrimiento; 4. Si la habilidad es baja y el reto alto, se produce ansiedad. El modelo propuesto por Massimini y Carli (1998) consta de ocho combinaciones: 1. Estado de activación, cuando los retos son altos y las habilidades moderadas; 2. Estado de flow, cuando los retos son altos y las habilidades también son altas; 3. Estado de control, cuando el reto es moderado y la habilidad es alta; 4. Estado de aburrimiento, cuando el reto es bajo y la habilidad es alta; 5. Estado de relajación, cuando el reto es bajo y la habilidad moderada; 6. Estado de apatía, cuando el reto y la habilidad son bajos; 7. Estado de preocupación, cuando el reto es moderado y la habilidad baja; 8. Estado de ansiedad, cuando el reto es alto y la habilidad baja.

No obstante, estos nuevos modelos no contradicen el modelo original, sino que pretenden adaptarlo al diseño del Método de Muestreo de Experiencia (Csikszentmihalyi y Csikszentmihalyi, 1998), ya que éste permite realizar una medición en el mismo momento en el que se realiza la experiencia. Existen una serie de factores internos y externos de los que depende que se experimente el estado de *flow*.

Los factores externos se refieren a la actividad que se realiza. Existen algunas actividades que por sus características tienden a producir una experiencia óptima, por ejemplo, porque presentan metas concretas, porque el grado de desafío permite a la persona ajustarse, porque la tarea tiene mecanismos de feedback intrínsecos o porque la tarea tiende a dejar fuera otras distracciones. Uno de los ejemplos más obvios de una actividad de *flow* se da en un contexto atlético, como es el fútbol. Aquí el tiempo relevante lo indica el reloj del juego, los uniformes separan a los actores del público y al equipo de sus oponentes. Las reglas, los objetivos y los desafíos son claros.

Por otra parte, los factores internos se refieren a las características de la persona. Hay algunas personas que por su forma de ser tienen más probabilidades de experimentar *flow*. Por ejemplo, hay personas que tienen una capacidad misteriosa de emparejar sus habilidades a las oportunidades que los rodean, se concentran con facilidad, no tienen miedo a perder su *self*, su ego puede deslizarse fácilmente fuera de la conciencia. Es decir, que estas personas controlan su conciencia, por lo tanto, se puede decir que tienen una personalidad *flow*. Estas diferencias internas a la hora de experimentar el *flow* no solamente dependen de las condiciones innatas de las personas, sino también del aprendizaje logrado a lo largo de la vida (Lewis, 1996).

En las últimas décadas las investigaciones de Csikszentmihalyi (2014) respecto al *flow* se han convertido en un referente de la Psicología Positiva, explicando, de esta manera, la estrecha relación de este concepto con el bienestar. Según este autor, el *flow* se experimenta en actividades con un componente muy alto de reto personal; son actividades cuya característica principal es que la persona está tan involucrada y concentrada en la tarea (p.ej., trabajo, estudio, deportes) que pierde la noción del tiempo. La conclusión a la que llega es que la felicidad no sucede, no es producto del azar, sino que es una condición vital que hay que cultivar para alcanzarla. Y puesto que el *flow*



requiere del dominio de ciertas habilidades para realizar una tarea y no se consigue de manera pasiva o con actividades rutinarias, el *flow* es una vía de acceso a la felicidad (eudaimónica) que consiste en estar comprometido con las tareas que se realizan. La gratificación que se consigue al alcanzar el estado óptimo exige trabajo y esfuerzo. Si las personas conocen sus fortalezas y las aplican en una tarea, es posible que alcancen el estado de *flow*, logrando placer alcanzado a través de la realización de una actividad (Peterson, Park y Seligman, 2005). Por tanto, el disfrute no se deriva de la satisfacción de las necesidades instintivas sino del logro de objetivos emergentes, es decir, de la capacidad de uno para responder a las oportunidades que el entorno le ofrece, o descubre, en el transcurso de la vida (Csikszentmihalyi, 2014). Por otra parte, el *flow* está relacionado con la motivación de las personas, puesto que la mayoría de las veces se asocia con actuaciones sobresalientes del individuo y, de esta manera, se alcanza un estado de rendimiento óptimo, cuya recompensa personal motiva a la persona a querer alcanzar este estado (Jackson y Eklund, 2004 citado en Amado et al., 2011).

Son diversos los estudios que versan sobre la relación del *flow* con la CV y sus componentes, los cuales se encuentran detallados en la tabla 3, ordenados por fecha.

Por ejemplo, en el estudio realizado por Asakawa y Yana (2010) en una escuela de verano, se concluyó que cuando más aumentaba el *flow*, aumentaba también algunos indicadores del bienestar psicológico de los alumnos. También se encuentra una relación positiva entre el *flow* y la satisfacción con la vida en el estudio realizado por Peterson et al. (2005) y Habe et al. (2019). Numerosos autores (Asakawa, 2004; Cseh et al., 2015; Rogatko, 2009) también constatan que, entre estudiantes, un aumento en el *flow* se relaciona con un aumento en el afecto positivo.

**Tabla 3.**

## Flow y su relación con la Calidad de Vida Subjetiva

Autores	Muestra	Resultados
Asakawa (2004)	N = 102 (54 mujeres y 48 hombres) estudiantes de una universidad privada en Kagawa-ken (Japón). Edades entre 19 a 24 años (M = 20.63, SD = 1.00).	A medida que aumentó el <i>Flow</i> , se incrementó la concentración, $F_{(3, 2593)} = 314.30, p \leq .001$ ; disfrute, $F_{(3, 2588)} = 119.15, p \leq .001$ ; felicidad, $F_{(3, 2593)} = 31.46, p \leq .001$ ; activación, $F_{(3, 2592)} = 233.97, p \leq .001$ ; satisfacción, $F_{(3, 2589)} = 160.28, p \leq .001$ ; control percibido de la situación, $F_{(3, 2585)} = 217.03, p \leq .001$ ; importancia del futuro, $F_{(3, 2593)} = 196.31, p \leq .001$ y <i>Jujitsukan</i> (índice de bienestar psicológico para los japoneses), $F_{(3, 798)} = 233.91, p \leq .001$ . Los niveles de concentración ( $F_{(3, 4173)} = 313.13, p \leq .001$ ), diversión ( $F_{(3, 4166)} = 117.65, p \leq .001$ ), felicidad ( $F_{(3, 4174)} = 25.39, p \leq .001$ ), activación ( $F_{(3, 4172)} = 177.36, p \leq .001$ ), satisfacción ( $F_{(3, 4168)} = 165.96, p \leq .001$ ), control percibido de la situación ( $F_{(3, 4163)} = 205.00, p \leq .001$ ) y <i>Jujitsu-kan</i> ( $F_{(3, 1342)} = 197.31, p \leq .001$ ) fueron los más altos en la condición de flujo, mientras que estos niveles, a excepción de la felicidad, fueron los más bajas en la condición de apatía. El nivel más bajo de felicidad se dio en la condición de ansiedad. El nivel de importancia de la actividad para el futuro fue más alto en la condición de ansiedad y más bajo en la de apatía, $F_{(3, 4173)} = 244.82, p \leq .001$ .
Peterson et al. (2005)	N = 845 (72% mujeres y 28% hombres) adultos, la mayoría ciudadanos de USA, con edades comprendidas entre 18 y +65 años. Encuesta on line.	Además de ser joven, mujer y estar casado, las variables que predicen la satisfacción con la vida son el placer ( $\beta = .11, p \leq .05$ ), el <i>flow</i> ( $\beta = .24, p \leq .001$ ) y el sentido de la vida ( $\beta = .17, p \leq .001$ ), así como la interacción de estas tres variables ( $\beta = 2.50, p \leq .050$ ) ( $R^2 = .19, F_{(15, 829)} = 13.15, p \leq .001$ ). Por tanto, las personas más satisfechas con la vida muestran más felicidad (placer, <i>flow</i> y sentido: "vida competa").
Ishimura y Kodama (2009)	N = 323 (155 hombres y 168 mujeres) estudiantes de pregrado de psicología japoneses. Edad media = 20.27 años (SD = 1.59), con un rango de 18 a 32.	Las actividades de flujo afectaron principalmente a la evaluación de "Crecimiento personal y auto-avance", $F_{(3, 1614)} = 322.71, p \leq .01$ (Apatía: M = 13.44, SD = 5.73; Ansiedad: M = 20.58, SD = 3.97; Relajación: M = 16.45, SD = 5.57; <i>Flow</i> : M = 22.77, SD = 3.61), y "Placer y motivación", $F_{(3, 1614)} = 91.84, p \leq .01$ (Apatía: M = 18.08, SD = 5.25; Ansiedad: M = 18.91, SD = 5.20; Relajación: M = 21.50, SD = 4.76; <i>Flow</i> : M = 22.99, SD = 4.47), en comparación con otros aspectos psicológicos. Además, las actividades de flujo y las actividades de relajación fueron seguidas con menos frecuencia por "sentimiento desagradable y auto-disgusto" $F_{(2, 1614)} = 20.34, p \leq .01$ (Apatía: M = 8.54, SD = 4.49; Ansiedad: M = 10.03, SD = 4.47; Relajación: M = 7.61, SD = 4.03; <i>Flow</i> : M = 8.06, SD = 4.22).
Rogatko, (2009)	N = 57 (40 mujeres y 17 hombres) estudiantes de psicología de una universidad del medio atlántico de EE.UU., aleatoriamente asignados a los grupos de inducción de flujo alto (n = 29) y bajo (n = 28). Edad media = 19.8 (SD = 2.32), con un rango de 18-33 años.	El grupo de inducción de alto flujo tuvo un aumento en afecto positivo desde el tiempo 1 hasta el tiempo 2 ( $t_{(28)} = 5.38, p \leq .001$ ), mientras que el grupo de inducción de bajo flujo tuvo una disminución significativa en afecto positivo ( $t_{(27)} = -2.11, p \leq .05$ ). El grupo de inducción de alto flujo ( $\beta = .539, p \leq .01$ ) ( $t_{(54)} = 5.10, p \leq .001$ , cambio $R^2 = .288$ ) y un cambio positivo en el flujo ( $\beta = .366, p \leq .01$ ) ( $t_{(52)} = 3.42, p = .001$ , cambio $R^2 = .108$ ) predijeron un mayor afecto positivo en el tiempo 2. El cambio positivo en el <i>flow</i> medió la relación entre el grupo de inducción de alto <i>flow</i> y una mejoría en el afecto positivo (Sobel $z = 2.33, p \leq .05$ ).

**Tabla 3.**

## Flow y su relación con la Calidad de Vida Subjetiva

Autores	Muestra	Resultados
Asakawa y Yana (2010)	N = 21 (12 mujeres y 9 hombres) estudiantes de secundaria de Japón (19 juniors y 2 seniors).	<p>La percepción de las habilidades se asoció de forma positiva con la intensidad del flujo (<math>r = .42, p \leq .001</math>), concentración (<math>r = .30, p \leq .001</math>), disfrute (<math>r = .28, p \leq .001</math>), interés (<math>r = .30, p \leq .001</math>), <i>Jujitsu-kan</i> (<math>r = .44, p \leq .001</math>), felicidad (<math>r = .21, p \leq .001</math>), actividad (<math>r = .41, p \leq .001</math>), satisfacción (<math>r = .51, p \leq .001</math>), fuerza (<math>r = .43, p \leq .001</math>), excitación (<math>r = .17, p \leq .01</math>), importancia para uno mismo (<math>r = .24, p \leq .001</math>), y la importancia de metas futuras (<math>r = .27, p \leq .001</math>). La percepción de los desafíos fue positivamente asociada con la percepción de su importancia (<math>r = .11, p \leq .10</math>), y de forma negativa con el disfrute (<math>r = -.10, p \leq .10</math>), felicidad (<math>r = -.12, p \leq .05</math>), actividad (<math>r = -.15, p \leq .01</math>), satisfacción (<math>r = -.12, p \leq .05</math>) y fuerza (<math>r = -.17, p \leq .01</math>).</p> <p>Las correlaciones parciales, controlando los indicadores de bienestar medidos una semana antes de que los estudiantes se fueran a la escuela de verano en California, indican que la experiencia de flujo se asoció positivamente con su autoeficacia (<math>r = .42, p \leq .10</math>), una vida significativa (<math>r = .48, p \leq .05</math>) y <i>Jujitsu-kan</i> (<math>r = .53, p \leq .05</math>), y negativamente con la ansiedad (<math>r = -.72, p \leq .001</math>).</p>
Fernández, Pérez y González (2013)	N = 106 (66 mujeres y 40 varones) residentes de Madrid y Granada con edades entre 17 y 74 años ( $M = 41.64$ ).	<p>El afecto positivo (<math>\beta = .218</math>) y la pérdida de conciencia (dimensión del <i>flow</i>) (<math>\beta = .086</math>) son predictores de la autoconciencia (factor del bienestar psicológico), explicando el 23.7% de la varianza (<math>R^2 = .237</math>).</p> <p>El afecto positivo (<math>\beta = .265</math>) y la pérdida de conciencia (<math>\beta = .107</math>) son predictores del dominio del entorno (factor del bienestar psicológico), explicando el 22% de la varianza (<math>R^2 = .22</math>).</p> <p>El afecto positivo (<math>\beta = .207</math>) y la sensación de control (dimensión del <i>flow</i>) (<math>\beta = .094</math>) son predictores del dominio del entorno (factor del bienestar psicológico), explicando el 23.5% de la varianza (<math>R^2 = .235</math>).</p> <p>El afecto positivo (<math>\beta = .244</math>), y concentración (dimensión del <i>flow</i>) (<math>\beta = .144</math>) son predictores del propósito de vida (factor del bienestar psicológico), explicando el 26.3% de la varianza (<math>R^2 = .263</math>).</p>
Bassi et al. (2014)	N = 408 (220 mujeres y 188 hombres) estudiantes de secundaria de una ciudad del centro de Italia. Edad media = 17.31 años ( $SD = 1.13$ ; rango = 15-20).	<p><i>Flow</i> y satisfacción con vida (<math>r = .11, p = .05</math>), balanza de afectos (<math>r = .17, p = .01</math>), y bienestar psicológico (<math>r = .19, p = .001</math>).</p> <p>Los participantes con flujo informaron niveles más altos de satisfacción con la vida (<math>t_{(406)} = 2.18, p = .05, d = .22</math>) (con flujo: <math>M = 5.14, SD = 1.25</math>; sin flujo: <math>M = 4.85, SD = 1.34</math>), balanza de afectos (<math>t_{(406)} = 3.30, p = .01, d = .35</math>) (con flujo: <math>M = 1.58, SD = .97</math>; sin flujo: <math>M = 1.23, SD = 1.01</math>), y bienestar psicológico (<math>t_{(406)} = 3.93, p = .001, d = .41</math>) (con flujo: <math>M = 4.50, SD = .64</math>; sin flujo: <math>M = 4.23, SD = .67</math>) que los participantes sin flujo.</p>
Cseh et al. (2015)	N = 57 (37 mujeres) estudiantes de psicología. Edad media = 19.60 ( $SD = 2.15$ ).	<p><i>Flow</i> y afecto positivo en el pre-test (<math>r = .51, p \leq .001</math>) y post-test (<math>r = .68, p \leq .001</math>), y con la puntuación de cambio (<math>r = .40, p \leq .001</math>)</p>

---

Habe et al. (2019)	<p><math>N = 452</math>, de los cuales 114 músicos de élite (Edad media = 23.46; <math>SD = 9.46</math>) y 338 atletas de élite (Edad media = 22.40; <math>SD = 5.68</math>).</p>	<p>Las correlaciones entre la satisfacción con la vida y las dimensiones del Flow son todas estadísticamente significativas (equilibrio entre habilidad y reto, combinación de la acción y el pensamiento, claridad de objetivos, <i>feedback</i> claro y sin ambigüedades, concentración sobre la tarea que se está realizando, sentimiento de control, pérdida de cohibición o de autoconciencia, transformación en la percepción del tiempo y experiencia autotélica), sin embargo estas correlaciones son bajas salvo en el caso del flujo global (<math>r = .41^{**}</math>) y el equilibrio entre habilidad y reto (<math>r = .36^{**}</math>).</p>
--------------------	---	---

---

*Nota.* Resumen de artículos que relacionan el Flow con la CV subjetiva; Fuente: Elaboración propia.

Inicialmente, Waterman (1993) comparó el estado de flujo con la eudaimonia pero luego concluyó a partir de sus datos que el *flow* representaba un conjunto de características hedónicas y eudaimónicas. Sin embargo, para otros autores como Peterson et al. (2005), el flujo no es un proceso emocional y podría decirse que no es consciente. Las personas pueden describir el flujo como agradable, pero este es un juicio posterior a los hechos. Por lo que, el flujo difiere del hedonismo, en el cual la experiencia emocional positiva supone su núcleo central (Csikszentmihalyi 1999). Otros autores como Ilies et al. (2005) o Nelson et al. (2014) han comparado el funcionamiento positivo o bienestar psicológico con este concepto de flujo. En este sentido, Ishimura y Kodama (2009) realizaron un estudio con una muestra de estudiantes universitarios japoneses, concluyendo que el *flow* está relacionado positivamente con muchos aspectos del bienestar psicológico. Asimismo, Fernández et al. (2013) han mostrado que el afecto positivo y el *flow* son predictores del bienestar psicológico. Estudios como el de Bassi et al. (2014) muestran que el *flow* se asocia tanto con los componentes hedónicos como eudaimónicos del bienestar. Los adolescentes que vivieron experiencias de flujo informaron una mayor satisfacción con la vida, un mayor equilibrio hedónico y bienestar psicológico que sus contrapartes.

Respecto a su medición, la escala más empleada es la escala de Flow State Scale de Jackson y Marsh (1996). Esta escala consta de 36 ítems que se valoran con una escala Likert de 10 puntos siendo 1 totalmente en desacuerdo y 10 totalmente de acuerdo. Consta de 9 dimensiones que corresponden con los 9 factores de Csikszentmihalyi (1990): equilibrio entre habilidad y reto, combinación de la acción y el pensamiento, claridad de objetivos, *feedback* claro y sin ambigüedades, concentración sobre la tarea que se está realizando, sentimiento de control, pérdida de cohibición o de autoconciencia, transformación en la percepción del tiempo y experiencia autotélica.

En este estudio se ha utilizado la versión traducida al español y validada por García et al. (2008) con una muestra de 2.036 jóvenes y adolescentes pertenecientes al mundo del deporte, de edades comprendidas entre los 14 y 19 años ( $M = 17.8$ ,  $SD = 2.1$ ). La validación factorial mostró dos posibles modelos: el Modelo A, que consta de un factor de primer orden y 9 de segundo orden, y el Modelo B, que consta de 9 factores de primer orden relacionados entre sí, ambos igual de válidos. Se decanta por el Modelo A, apoyándose en la literatura existente, pues los elementos que constituyen la escala son las distintas dimensiones. Por lo tanto, es más lógico que exista un factor principal con sus 9 componentes. Los Alfas de Cronbach de la escala superan todos el .70 y en muchos casos el .80.

En el siguiente apartado se va a abordar el concepto de salud mental también muy ligado al bienestar.

#### **1.4.2. Salud mental**

A pesar de que la salud mental tiene tanta historia como el ser humano, el concepto salud mental, refiriéndose tanto a los estados de salud como de enfermedad, surge a mediados del siglo XX. Es en la definición de salud de la OMS (1948, p. 100) «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o minusvalía», donde se destaca la dimensión positiva de la salud y el bienestar. Esta definición marcó un antes y un después del concepto de salud mental, pues está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos. Por primera vez se habla de prevención y no solamente de recuperación.

Este nuevo enfoque de salud se traslada al concepto de salud mental y se empieza a definir desde términos positivos dejando atrás la idea de salud mental como lo opuesto

a los trastornos mentales. Por lo tanto, la OMS (2013) la define como «un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad». En esta línea Vázquez y Hervás (2008) plantean que:

*La salud mental implica un estado emocional positivo, y un modo de pensar compasivo sobre nosotros mismos y los demás, poseer expectativas de un futuro positivo y, en general, un modo adaptativo de interpretar la realidad. Pero también supone disponer de recursos para afrontar adversidades y, aún más importante, para desarrollarnos como seres humanos. (p. 21).*

De esta manera el concepto de enfermedad y salud mental forman los polos positivo y negativo de un proceso dinámico de la interacción del sujeto con su entorno, determinado por variables biológicas, psicológicas y sociales (Oramas et al., 2006). Por lo tanto, la salud mental se afronta de manera integral y multidisciplinaria surgiendo los principios de prevención y rehabilitación, donde el medio social de la persona adquiere una importancia relevante (Lluch, 2000). El punto de partida de este enfoque está en la teoría de la salud mental de Jahoda, desarrollada en 1958, quien plantea que para tener una buena salud mental no es suficiente tener buena salud física. De esta manera, considera la salud mental positiva como un atributo o comportamiento y no una patología social. Así mismo reconoce que el entorno social y cultural pueden facilitar o dificultar la consecución de ésta, pues las normas para evaluar un comportamiento saludable varían en función del lugar, el tiempo, la cultura y las expectativas sociales. Es por ello que el modelo de Jahoda está compuesto por seis elementos: 1. actitud hacia sí mismo, 2. crecimiento, desarrollo y actualización, 3. integración del sí mismo o de la personalidad,

4. autonomía o autodeterminación, 5. correcta percepción de la realidad y 6. dominio y control del entorno (Vázquez-Colunga et al., 2017).

Tradicionalmente el estudio de la salud mental ha estado más centrado en su perspectiva negativa, abordándose desde un enfoque médico psicopatológico. Sin embargo, es el estudio desde el polo positivo el que más nos interesa (salud mental positiva), dada su estrecha relación con la CV.

Son abundantes los estudios que analizan la relación de la salud mental con la CV y algunos de sus indicadores (véase tabla 4). Por ejemplo, en un estudio realizado con personas mayores (Villavicencio et al., 2013) abalan que la CV afecta a la salud mental. De hecho, las revisiones sistemáticas indican que las intervenciones que mejoran la satisfacción con la vida y la CV de las personas mayores pueden reducir significativamente los síntomas depresivos (Forsman et al., 2011). Asimismo, niveles más altos de satisfacción con la vida en los adolescentes se relacionan con una menor probabilidad de mala salud mental (Valois et al., 2004). De hecho, en el Informe de Felicidad Mundial de 2013, la salud mental se identifica como el principal determinante de la felicidad y la satisfacción con la vida, y contribuye mucho más que la salud física, la edad, el género o los ingresos y el empleo (Helliwell et al., 2013). Por otra parte, en el estudio realizado a docentes venezolanos por Oramas et al. (2006) consideraron que el bienestar psicológico es un indicador positivo de salud mental. En esta misma línea, un reciente estudio (Solís-Cámara et al., 2016) indica que las personas con peor salud mental tienen peor bienestar psicológico y, también, evidencia que las personas con peor percepción de salud son las que peor salud mental muestran.



**Tabla 4.***Salud Mental y su relación con la Calidad de Vida Subjetiva*

Autores	Muestra	Resultados
Valois et al., 2004	<p><math>N = 4758</math> (2530 mujeres y 2228 hombres) de 63 escuelas seleccionadas aleatoriamente del estado de Carolina. Edades comprendidas entre 13 y 18 años.</p>	<p>Mujeres blancas: Relaciones significativas entre la insatisfacción con la vida y la mala salud mental (últimos 30 días) (<math>OR = 2.12</math>), días de deficiente salud física/mental (últimos 30 días) (<math>OR = 2.65</math>).</p> <p>Mujeres negras: Relaciones significativas entre insatisfacción con la vida y pobre salud mental (últimos 30 días) (<math>OR = 2.14</math>), días de mala salud mental / física (últimos 30 días) (<math>OR = 2.24</math>).</p> <p>Hombres blancos: Relaciones significativas entre la insatisfacción con la vida y la mala salud mental (últimos 30 días) (<math>OR = 2.64</math>), días de mala salud física / mental (últimos 30 días) (<math>OR = 2.55</math>).</p> <p>Hombres negros: Relaciones significativas entre insatisfacción informada con la vida y pobre salud mental (últimos 30 días) (<math>OR = 2.61</math>), días de mala salud mental / física (últimos 30 días) (<math>OR = 2.72</math>).</p>
Oramas et al., 2006	<p><math>N = 1042</math> (91% mujeres) docentes venezolanos de enseñanza básica y diversificada de 7 estados diferentes. Edad media de 39.7 años (<math>SD = 8.56</math>).</p> <p><math>N = 250</math> (84.66% mujeres) docentes cubanos de un municipio capitalino, de enseñanza primaria, secundaria y tecnológica. Edad media de 41.4 años (<math>SD = 8.8</math>).</p> <p>Muestreo simple aleatorio</p>	<p>Relación entre bienestar psicológico y vulnerabilidad al estrés: Coeficiente de Contingencia: .133; <math>\alpha = .034</math>; Coeficiente de Kappa: .131; <math>\alpha = .034</math>. Los docentes con bienestar psicológico bajo muestran más vulnerabilidad ante el estrés.</p>
Forsman et al., 2011	<p><math>K = 69</math> estudios con un diseño controlado (ensayos controlados de forma aleatoria o no aleatoria) y 44 ensayos. Adultos mayores (población definida como personas mayores de 65 años) que no tenían ningún desorden mental. Edad media = 78 años</p>	<p>En comparación con los controles sin intervención, una pequeña mejora estadísticamente significativa general fue encontrada para la CV (14 ensayos, SMD: 20.19, IC 95%: 20.34 a 20.05) para la salud mental positiva (9 ensayos, 20.24, IC 95%: 20.47 a 20.00) y para los síntomas depresivos (17 ensayos, diferencias de medidas, DME: 20.17, IC del 95%: 20.31 a 20.03).</p> <p>Las actividades sociales comparadas con grupos control reducen significativamente los síntomas depresivos (dos ensayos, SMD: 20.41, IC del 95%: 20.72 a 20.10), mejoran la CV (un estudio, DME: 26.40, IC del 95%: 210.38 a 22.42), la satisfacción con la vida (un estudio, DME: 25.30, IC 95%: 210.34 a 20.26) y la salud mental (un estudio, DME: 21.02, IC del 95%: 22.02 a 20.02).</p>
Villavicencio et al., 2013	<p><math>N = 333</math> (270 mujeres y 63 hombres) adultos mayores del municipio de Guadalajara Jalisco (México) de 60 años y más. La edad promedio en el sexo femenino fue de 69 años y en el masculino de 70 años.</p>	<p>Percepción de salud excelente y una buena calidad: <math>OR = 3.95</math>, IC 95% 1.29-12.13, <math>p = .004</math>, lo que sugiere casi cuatro veces más probabilidad de calificar como buena la CV si se percibe una salud excelente. Percibir una salud buena: <math>OR = 2.26</math>, IC 95% 1.29-3.98, <math>p = .002</math>, es decir más del doble de probabilidad de calificar su CV como buena. Las razones de los que percibieron su salud como regular (<math>OR = 0.57</math>, IC 95% 0.32-1.01, <math>p = .039</math>) o mala (<math>OR = 0.21</math>, IC 95% 0.05-0.75, <math>p = .006</math>) son menores a la unidad.</p>

**Tabla 4.***Salud Mental y su relación con la Calidad de Vida Subjetiva*

Autores	Muestra	Resultados
Solís-Cámara et al., 2016	<i>N</i> = 1093 adultos (estudiantes universitarios, profesores, empleados, obreros y amas de casa) de los Estados de Jalisco y Veracruz en México; <i>n</i> = 462 varones, con una edad media de 32.2 años ( <i>SD</i> = 13.2) y <i>n</i> = 631 mujeres, con una edad media de 29.1 años ( <i>SD</i> = 12.0).	Las personas que perciben tener más problemas de salud presentaban un mayor malestar psicológico. Problemas de salud: <i>M</i> /GHQ12 = 14.3 ( <i>SD</i> = 6.23), No Problemas de Salud: <i>M</i> /GHQ12 = 12.2 ( <i>SD</i> = 5.77), $t_{(1091)} = 5.44$ , $p = .0001$ (IC 95%: 1.35-2.88).

*Nota.* Resumen de artículos que relacionan la salud mental con la CV subjetiva; Fuente: Elaboración propia.

Tal como estamos viendo, este concepto mantiene una estrecha relación con el bienestar psicológico tratado en el apartado anterior y, en muchos casos, ha sido empleado de manera indistinta. Sin embargo, en esta investigación la salud mental se aborda desde la perspectiva de David Goldberg (1972) que pretende indagar sobre las situaciones como el estrés que hacen que una persona no pueda desenvolverse en el día a día con normalidad. Para su medición Goldberg (1972) creó la Escala de Salud Mental o GHQ (*General Health Questionnaire*). Este cuestionario fue diseñado para diagnosticar «incapacidad para llevar a cabo las funciones normales saludables» y «la aparición de nuevos fenómenos de naturaleza distresante» (McDowel y Newel, 1987, citado en Cifre y Salanova, 2000 p. 76), es decir su objetivo era medir los trastornos psiquiátricos no psicóticos en curso y diagnosticables. Se centra en las situaciones que provocan estrés y hacen que el funcionamiento normal de una persona se rompa. Puesto que los ítems hacen referencia a conductas, emociones o pensamientos que se pueden encontrar en personas sanas, lo que pretende, en función de cómo se conteste a los ítems, es indicar la mayor o menor probabilidad de padecer un trastorno psíquico y, por ello, mayor o menor salud mental.

El cuestionario de Goldberg en su versión original cuenta con 60 ítems, pero la versión más utilizada y extendida es la de 12 ítems, por su reducida longitud y su buen funcionamiento (Golberg, 1978; Goldberg y Williams, 1988). El GHQ-12 presenta una buena fiabilidad en los diferentes estudios realizados con alfas de Cronbach que varían entre .82 y .86 (Goldberg et al., 1997). Para la evaluación emplea una escala tipo Likert de 4 puntos siendo 0 «No, en absoluto», 1 «No más de lo habitual», 2 «Bastante más de lo habitual» y 3 «Mucho más de lo habitual». Esta puntuación puede ser transformada en una dicotómica (0-0-1-1), llamada puntuación GHQ donde una menor puntuación indica mayor bienestar psicológico. En esta versión no se ponen de acuerdo en cuanto a la

dimensionalidad. Por una parte, algunos autores (Bank et al., 1980, citado en Cifre y Salanova, 2000) abogan por una estructura monofactorial (es decir, todos los ítems son explicados por un único factor que es la salud general) con datos muy similares a los encontrados en la escala original, resultado también avalado por Rocha et al. (2011) y Villa et al. (2013), mientras que otros abogan por la bidimensionalidad (ansiedad – depresión) (Glozah y Pevalin, 2015) o bien por una estructura de tres factores (depresión – ansiedad – competencia o capacidad de afrontamiento) como la que proponen Sánchez-López y Dresch (2008).

A pesar de la falta de consenso en lo que se refiere a la estructura factorial de este instrumento, en la presente investigación se ha empleado la versión española del cuestionario GHQ-12 de Goldberg que fue validada y fiabilizada por Rocha et al. (2011) optando por la estructura bifactorial que mide por separado la ansiedad y la depresión. Se seleccionó esta escala por su extensión, los buenos resultados obtenidos en otras investigaciones, como ya hemos visto, y porque se ajusta al concepto de salud mental entendida desde el polo positivo, es decir, trata de prevenir y no de reparar la salud mental.

El siguiente apartado se va a centrar en la percepción que las personas tienen de sí mismos, completando, de esta manera, la parte más psicológica tratada en apartados anteriores (bienestar, tanto subjetivo como psicológico, y salud mental).

### **1.4.3. Autoestima**

Tradicionalmente, la autoestima ha sido considerada un componente evaluativo del concepto de sí mismo (Purkey, 1970; Shavelson et al., 1976). Los sujetos valoran su propia imagen empleando la retroalimentación que reciben de las demás personas y a partir de información de la interacción social en sus diversos roles sociales (González-Pienda et al., 1997). Musitu et al. (1988) siguen esta misma línea y conciben la autoestima

como una cualidad digna de evaluación de las cogniciones y comportamientos que se expresa en el grado de satisfacción personal. Por su parte, Rosenberg (1965) definió la autoestima como la actitud global, favorable o desfavorable, que el individuo tiene hacia sí mismo.

Por otra parte, existe una corriente de pensamiento que considera la autoestima como un constructo multidimensional formado tanto por aspectos personales como sociales. De esta manera, tendremos, por una parte, la visión tradicional de autoestima «autoestima personal» que se refiere a la evaluación positiva o negativa de los atributos personales tanto privados como interpersonales y, por otro lado, una nueva visión centrada en la pertenencia a grupos sociales, «la autoestima colectiva», que pretende evaluar la pertenencia de la persona a los grupos y categorías sociales (Martín y Sánchez, 1999). Por lo tanto, tal como expresaban Cava y Musitu (2003), una persona puede tener un buen concepto de sí mismo en el ámbito familiar, pero no en el académico.

Siguiendo esta línea de la autoestima como concepto multidimensional, desde la Teoría de la Identidad Social desarrollada por Tajfel y Turner (1986) se sugiere que existe una relación entre la autoestima personal y colectiva como parte de un concepto más amplio que es el autoconcepto (García et al., 2012). Según esta teoría, las personas construyen un marco de referencia para su identidad social, de tal manera que una valoración positiva del grupo al que pertenece conlleva una valoración positiva de sí mismo (Pérez-Sánchez y Smith-Castro, 2008), permitiendo la construcción de su identidad social en el contexto de actividades grupales (Vera et al., 2009; citado en García y Troyano, 2013).

En lo referente al estudio de la autoestima, son muchas las investigaciones que se centran en su relación con la CV y con otros componentes relacionados con esta (véase tabla 5).

En un estudio realizado por George (2000) se considera que la autoestima es una variable muy importante para lograr una buena CV. En otro estudio más reciente en el que se pretende conocer si existe relación entre los diferentes constructos que forman el bienestar psicológico, se han realizado análisis con 11 variables – autoestima, autonomía, resiliencia, propósito en la vida, disfrute, optimismo, curiosidad, creatividad, humor, gestión del entorno y vitalidad – concluyendo que existe una fuerte relación entre ellas y considerando a cada uno de ellos como recursos psicológicos clave. Los resultados muestran una estructura jerárquica donde los 11 factores están en un primer nivel y correlacionan entre sí y todos ellos conforman un constructo de segundo orden al que se ha denominado Funcionamiento Psicológico Positivo (Merino y Privado, 2015).

También hay investigaciones que se centran en alguno de los componentes de la CV como, por ejemplo, un estudio desarrollado con personas mayores afirma que existe una fuerte relación entre la autoestima y el bienestar subjetivo (Tian, 2016). Varios estudios realizados en distintos países (Chile, Noruega) con adolescentes indican que la autoestima es un predictor importante de la satisfacción con la vida (Moksnes y Espnes, 2013; San Martín y Barra, 2013). Otra serie de investigaciones muestran que la autoestima tiene un efecto mediador. En el estudio de Kong y You (2014) con universitarios chinos, la autoestima y la soledad muestran efectos de mediación entre el apoyo social y la satisfacción con la vida. Joseph et al. (2014) encuentran que la autoestima física es la variable mediadora más poderosa entre la AF y la CV, seguida del afecto positivo y afecto negativo. Por otra parte, Dogan et al. (2013) constatan que el bienestar psicológico, la afectividad y la autoeficacia emocional tienen efectos indirectos sobre la felicidad a través de la autoestima. En el estudio de Liu et al. (2014), la autoestima media la relación entre la resiliencia y la satisfacción con la vida y el distrés psicológico.

**Tabla 5.***Autoestima y su relación con la Calidad de Vida Subjetiva*

Autores	Muestra	Resultados
Moksnes y Espnes (2013)	N = 1239 (636 niñas y 603 niños) estudiantes de primaria (n = 790) y secundaria (n = 449) de Noruega. Rango de edad entre 13-18 años (M = 15.00; SD = 1.62).	Chicas: Autoestima con satisfacción con la vida (r = .68), estrés (r = -.42) y salud subjetiva (r = .46). Chicos: Autoestima con satisfacción con la vida (r = .62), estrés (r = -.28) y salud subjetiva (r = .42) (todas p ≤ .01). Autoestima es un predictor de la satisfacción con la vida (β = .58) que incrementa significativamente su varianza explicada, controlando otras variables (explica un 24% de la varianza).
San Martín y Barra (2013)	N = 512 (42.8% mujeres y 57.2% hombres) alumnos de 2° y 3° de educación media de Chile. Edad varió entre 15 y 19 años (M = 16.4)	Autoestima con satisfacción con la vida (r = .53, p ≤ .01). El apoyo social (β = .52) y la autoestima (β = .34) resultan predictores significativos de la satisfacción vital, explicando un 52% de su varianza.
Dogan et al. (2013)	N = 340 (213 mujeres y 109 hombres) universitarios de Izmir (Grecia). La edad promedio se situó en 20 años y 6 meses.	Autoestima con bienestar psicológico (r = .65), felicidad (r = .60), autoeficacia emocional (r = .49), balanza de afectos (r = .30) (todas p ≤ .01). La autoestima es un mediador entre el bienestar psicológico, la autoeficacia emocional y la balanza de afectos y la felicidad (β <sub>bienestar psicológico-autoestima</sub> = .50, β <sub>autoeficacia emocional-autoestima</sub> = .22, β <sub>balanza de afectos-autoestima</sub> = .10, β <sub>autoestima-felicidad</sub> = .33) (χ <sup>2</sup> = 1.844, df = 1, χ <sup>2</sup> /df = 1.8, GFI = .99, CFI = .99, NFI = .99, RFI = .95, IFI = .99, TLI = .98, RMSEA = .05).
Sowislo y Orth (2013)	K = 80 estudios publicados entre 1984 y 2010. Tamaños de muestra varió entre 44 y 6.813 (M = 447.5, SD = 1,050.2, Mdn = 214.5). La proporción promedio de participantes femeninas fue del 64% (rango: 0%-100%). Edad promedio en el tiempo de la primera evaluación fue de 27.7 años (SD = 17.4). El desfase temporal entre evaluaciones varió entre 1 semana y 13 años (M = 23 años, SD = 1.81, Mdn = 0.75).	Los resultados para la depresión respaldaron el modelo de vulnerabilidad de baja autoestima. El efecto cruzado medio de la autoestima en la depresión era -.16 (p ≤ .05), más grande que el efecto transversal cruzado de la depresión sobre la autoestima (-.08, p ≤ .05), los intervalos de confianza sugieren que los dos efectos cruzados difieren unos de otros. Los resultados para la ansiedad sugirieron una relación recíproca simétrica entre la autoestima y la ansiedad. El efecto cruzado entre los constructos fue significativo y de tamaño similar (-.10 y -.08; ambas ps ≤ .05); los intervalos de confianza se superpusieron ampliamente, lo que sugiere que los coeficientes no difieren significativamente. El efecto de la vulnerabilidad de la baja autoestima en depresión se replica en muestras con diferente sexo y edad y diferentes periodos de tiempo entre evaluaciones. Aunque el tamaño del efecto difiere para muestras representativas y no representativas, los resultados del análisis de varianza indicaron que el efecto de autoestima en la depresión estaba presente en todos los tipos de muestra (desde -.12 a -.19; todas p ≤ .05). El tamaño del efecto fue muy similar a través de las distintas medidas de autoestima (rango de -.15 a -.18) y no hubo heterogeneidad significativa entre las medidas (Q <sub>between</sub> = .39, p = .821). El tamaño del efecto fue similar a

**Tabla 5.***Autoestima y su relación con la Calidad de Vida Subjetiva*

Autores	Muestra	Resultados
		través de las medidas de depresión (rango de -.14 a -.20), y la heterogeneidad entre las medidas era no significativo ( $Q_{between} = 2.30, p = .531$ ).
Kong y You (2014)	$N = 389$ (260 mujeres y 129 hombres) estudiantes de pregrado de dos universidades de China. Edades variaron de 17 a 25 años ( $M = 20.39, SD = 1.84$ )	La soledad y la autoestima median el vínculo entre el apoyo social y satisfacción con la vida ( $z = 5.09, p = .001$ ). La soledad media parcialmente la relación entre autoestima y satisfacción con la vida ( $z = 2.76, p = .001$ ). La autoestima media parcialmente el vínculo entre el apoyo social y soledad ( $z = -2.98, p = .001$ ) ( $\chi^2_{(60, N=389)} = 95.39$ ; RMSEA = .039; SRMR = .041; CFI = .98).
Joseph et al. (2014)	$N = 604$ (52% hombres) estudiantes de pregrado de USA. Edades entre 18 y 30 años ( $M = 20.4, SD = \pm 1.7$ )	Autoestima física con satisfacción con la vida ( $r = .41$ ), afectividad positiva ( $r = .25$ ) y afectividad negativa ( $r = -.25$ ) (todas $p \leq .001$ ). Los universitarios con niveles más altos de AF informaron mayor autoestima física ( $\beta = .10, p = .001$ ), afecto positivo ( $\beta = .10, p = .01$ ) y afecto negativo ( $\beta = .08, p = .01$ ). La mejor autoestima física ( $\beta = 0.30, p = .001$ ), mayor afecto positivo ( $\beta = .27, p = .001$ ), y menor afecto negativo ( $\beta = -.14, p = .001$ ) se asocian con una mayor CV. Los participantes con mayor autoestima física informan de un mayor afecto positivo ( $\beta = .18, p = .001$ ) y afecto negativo ( $\beta = .27, p = .001$ ) ( $\chi^2_{(3, N=604)} = 4.59$ ; RMSEA = .03 (90% IC: .00-.08); CFI = .99).
Liu et al. (2014)	$N = 412$ (247 mujeres y 165 hombres) estudiantes de pregrado de psicología de una universidad de China. Edad media de 20.7 años ( $SD = 1.8$ )	Autoestima con resiliencia ( $r = .51$ ), afecto positivo ( $r = .45$ ), afecto negativo ( $r = -.37$ ), satisfacción con la vida ( $r = -.18$ ) y distrés psicológico ( $r = -.43$ ) (todas $p \leq .001$ ). La autoestima tiene un efecto directo sobre la satisfacción con la vida ( $\beta = .24$ ) y el distrés psicológico ( $\beta = -.13$ ). La autoestima, los afectos positivos y negativos median la relación entre la resiliencia y la satisfacción con la vida y con el distrés psicológico (Efectos indirectos: Resiliencia-Autoestima-Satisfacción con la vida = .078, 95% CI: .039,.116; Resiliencia-Afecto positivo-Autoestima-Satisfacción con la vida = .032, 95% CI: .012,.053; Resiliencia-Afecto negativo-Autoestima-Satisfacción con la vida = .013, 95% CI: .004,.022; Resiliencia-Autoestima-Distrés Psicológico= -.040, 95% CI: -.072,-009; Resiliencia-Afecto positivo-Distrés Psicológico= -.228, 95% CI: -.286,-171; Resiliencia-Afecto negativo-Distrés Psicológico= -.063, 95% CI: -.095,-031; Resiliencia-Afecto positivo-Autoestima-Distrés Psicológico= -.017, 95% CI: -.032,-002; Resiliencia-Afecto negativo-Autoestima-Distrés Psicológico= -.007, 95% CI: -.013,.000. ( $\chi^2_{(5, N=412)} = 5.91, p = 0.32, \chi^2/df = 1.18$ , RMSEA = .021 (90% CI: .000-.074), SRMR = .020, TLI = 0.996, CFI = .999).
Tian (2016)	$N = 429$ (236 mujeres y 193 hombres) ancianos de China. Edades variaron de 61 a 72 años ( $M = 63.22; SD = 3.23$ años).	Autoestima con bienestar subjetivo: $r = .45$ ( $p \leq .01$ ). Autoestima y soledad median el efecto entre el apoyo social y el bienestar subjetivo ( $\chi^2_{(29, N=429)} = 58.17, \chi^2/df = 2.01$ ; RMSEA = .048; SRMR = .057; CFI = .98). Efecto indirecto: .207 (95% CI: .078).



**Tabla 5.***Autoestima y su relación con la Calidad de Vida Subjetiva*

<b>Autores</b>	<b>Muestra</b>	<b>Resultados</b>
Salavera et al. (2020)	$N = 812$ (361 hombres y 451 mujeres); estudiantes universitarios de entre 18 y 40 años ( $M = 20.73$ ; $SD = 3.81$ ).	El afecto positivo correlaciona de forma positiva con la autoestima ( $r = .506^{**}$ ) y la felicidad ( $r = .454^{**}$ ) así como el afecto negativo correlaciona de forma negativa con la autoestima ( $r = -.537$ ) y la felicidad ( $r = -.523$ ). Además, la autoestima y la felicidad muestran una correlación muy fuerte ( $r = .647^{**}$ ). Los análisis de mediación realizados indican que el afecto positivo media en la relación de la autoestima y la felicidad ( $.52^{***}$ ) así como el afecto negativo ( $-.69^{***}$ ) siendo $p \leq .001$ en ambos casos.

*Nota.* Resumen de artículos que relacionan la Autoestima con la CV subjetiva; Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, en la investigación realizada por Salavera et al. (2020), se concluye que existe una fuerte correlación entre la autoestima y la felicidad, y que esta relación está mediada por el afecto positivo y el afecto negativo. Por otro lado, el meta-análisis de Sowislo y Orth (2013) apoya de forma consistente el modelo de vulnerabilidad que afirma que la baja autoestima contribuye a la depresión, mientras que la baja autoestima y ansiedad presentan una relación recíproca simétrica.

A lo largo de este estudio se va a emplear el término tradicional de autoestima propuesto por Rosenberg (1965), puesto que se ha considerado más interesante trabajar por separado los conceptos de autoestima y autoconcepto, dada su complejidad

Para su medición, Rosenberg (1965) diseñó la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) que consta de 10 preguntas, puntuables en una escala tipo Likert de 4 puntos (equivaliendo 1= muy en desacuerdo y 4= muy de acuerdo). Con objeto de minimizar el efecto de aquiescencia, cinco de los ítems se presentan redactados positivamente y cinco redactados negativamente. Con la finalidad de que las puntuaciones altas y bajas en los ítems positivos y negativos tuvieran el mismo valor, las puntuaciones de los ítems negativos fueron recodificadas. De esta manera, la puntuación total de la escala fluctúa en un rango de 10 a 40, indicando la puntuación 10 la autoestima más baja y la puntuación 40 la más alta.

En cuanto a la dimensionalidad, Rosenberg diseñó esta escala para que sirviera como una medida unidimensional de la autoestima global y esta unidimensionalidad quedó confirmada en estudios posteriores como el de Atienza et al. (2000). Sin embargo, Martín-Albo et al. (2007) analizaron ocho modelos factoriales, entre los que se incluyeron dos modelos de unicidad correlacionada y tres modelos multirrasgo-multimétodo. Viendo los resultados obtenidos, los investigadores concluyeron que no podían rechazar la existencia de una bidimensionalidad oblicua del instrumento, tal y como había sido

encontrada por otros autores (Greenberger et al., 2003; Prezza et al., 1997), lo que no contradice la hipótesis de la unidimensionalidad de la autoestima como un constructo general, debido a que éste último debería ser una dimensión de orden superior. Por otra parte, existen otros estudios que cuestionan esta propiedad demostrando que la escala refleja un constructo multidimensional, como es el caso del estudio realizado por Manso-Pinto (2010). Además, en un estudio más reciente desarrollado con adolescentes colombianos (Cogollo et al., 2015) se sugiere que no solamente la escala no es unidimensional, sino que son dos escalas diferentes que miden constructos distintos “autoconfianza” y “autodesprecio”.

A pesar de que actualmente todavía no hay un consenso en lo que a la dimensionalidad se refiere, es una de las escalas más empleadas para medir la autoestima y ha sido traducida a varios idiomas y validada interculturalmente en 53 países (Rojas-Barahona et al., 2009). Se ha utilizado con población adolescentes (Diseth et al., 2014), en adultos (Rincón et al., 2012) y con personas mayores (García et al., 2012; García y Troyano, 2013). También se ha estudiado su relación con otras variables como la salud mental (Fernández et al., 2010; Góngora y Casullo, 2009; Huang-Chi et al. 2008), la satisfacción con la vida y el apoyo social (San Martín y Barra, 2013). Por estos motivos, en este estudio se ha empleado la versión española traducida y validada por Martín-Albo et al. (2007).

A continuación, se va a explicar el autoconcepto, concepto muy ligado a la autoestima, tal como hemos visto en este apartado. Son dos conceptos afines que se complementan y pueden ser tratados de forma conjunta, o bien por separado como se ha hecho en este estudio.

#### **1.4.4. Autoconcepto**

El autoconcepto es uno de los componentes centrales de la personalidad integral de las personas que se entiende como la imagen que uno tiene de sí mismo. Esta imagen está determinada por la información recibida sobre uno mismo, tanto externa como interna, y la valoración que hace la persona de ella en función de su forma de pensar y sus valores. Toda esta información ya elaborada sobre uno mismo deriva de la conexión entre lo que la persona ya dispone y lo nuevo que debe integrar (González-Pineda et al., 1997).

A pesar de que en un principio el autoconcepto se consideraba un concepto unidimensional, a mediados de la década de los setenta los estudios realizados por Shavelson et al. (1976) son un punto de inflexión en esta concepción. Estos autores definen el autoconcepto en torno a 7 aspectos: 1. Tiene una estructura organizada; 2. Es multidimensional; 3. Es jerárquico, ocupando la parte superior un autoconcepto global, la parte media las inferencias sobre uno/a mismo/a en dominios como el social, físico o académico y la parte inferior las situaciones más específicas; 4. Es estable pero se va desestabilizando a medida que se baja en la jerarquía; 5. Aumenta su multidimensionalidad con la edad; 6. Presenta tanto aspectos descriptivos como evaluativos (autoestima), pues el autoconcepto es la percepción que tiene una persona sobre sí misma; 7. Tiene entidad propia, es decir, que se diferencia fácilmente de otros constructos con los que está relacionado. Según esta nueva forma de pensar, el autoconcepto global es el conjunto de percepciones parciales del propio yo organizado jerárquicamente. De esta manera el autoconcepto general se compone de autoconcepto académico y no académico y éste último consta de autoconcepto físico, emocional y social. A partir de esta concepción han sido muchas las investigaciones dedicadas a clarificar su estructura interna y a precisar, ampliar y/o modificar el modelo de Shavelson

et al. (1976). De esta manera, Fernández-Zabala et al. (2015) explican estos cambios en cada una de las dimensiones:

- Autoconcepto académico: Marsh y Shavelson (1985) propusieron diferenciar entre autoconcepto matemático y verbal porque ambas tenían una relación muy fuerte con el autoconcepto académico, pero la relación entre ellas era mucho menor. Esta diferenciación ha sido avalada en estudios posteriores (Marsh et al., 2006; Xu et al., 2013).
- Autoconcepto físico: compuesto por las autopercepciones de habilidad física, condición física, atractivo y fuerza (Fox y Corbin, 1989; Goñi et al., 2006).
- Autoconcepto emocional: en el que se diferencia entre honradez, autonomía y ajuste emocional (dimensiones de la autorealización), tal como indican Goñi et al. (2011).
- Autoconcepto social: que incluye las dimensiones básicas de la competencia y responsabilidad social (Goñi y Fernández, 2007).

De esta multidimensionalidad surge la dificultad a la hora de su medición. Por una parte, se puede medir teniendo en cuenta las diferentes dimensiones, tal como se hace con el cuestionario de Autoconcepto forma 5 (AF5) de García y Musitu (1999) que mide el autoconcepto general y sus dimensiones (incluyendo la dimensión familiar), o se pueden medir cada una de las dimensiones con sus respectivas escalas, como por ejemplo el Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF) desarrollado por Goñi et al. (2006).

Son muchas y diversas las investigaciones acerca de la relación entre el autoconcepto y sus dimensiones con la CV y sus indicadores (véase tabla 6).

Por ejemplo, el estudio realizado por Goñi e Infante (2010) indica una relación entre el autoconcepto físico y la satisfacción con la vida. Además, en el estudio realizado por Rodríguez-Fernández et al. (2016) se considera el alto autoconcepto como predictor

de la satisfacción con la vida y el afecto positivo, mientras que el bajo nivel de autoconcepto del afecto negativo. Rodríguez et al. (2012) encuentran que, además de que el autoconcepto académico se asocia con la satisfacción con la vida, media la relación entre el apoyo familiar y esta variable. Los resultados del estudio de Goñi et al. (2015) muestran que el autoconcepto explica el 46% de las diferencias observadas en la satisfacción con la vida. Garaigordobil (2015) también encontró que tanto el alto autoconcepto como la alta autoestima y pocos síntomas de depresión y psicoticismo predicen la felicidad. La investigación de Chui y Wong (2015) muestra que los factores de tipo relacional son predictores más débiles que el autoconcepto del bienestar subjetivo (felicidad y satisfacción con la vida). Por su parte, Morales-Rodríguez et al. (2020) realizan un estudio para conocer la relación entre el bienestar psicológico y diferentes factores psicosociales, midiendo las siguientes variables: estilos de aprendizaje, metodologías de aprendizaje, habilidades sociales, responsabilidad social, inteligencia emocional, ansiedad, empatía, y autoconcepto. Los resultados indican una relación significativa entre la dimensión autoaceptación y el aprendizaje cooperativo (dimensión de las metodologías de aprendizaje), la claridad (dimensión de la inteligencia emocional), el estado de ansiedad (dimensión de la ansiedad), la comprensión emocional (dimensión de la empatía) y el autoconcepto físico y emocional (dimensiones del autoconcepto). Respecto a la dimensión relaciones positivas, existe una relación significativa entre el estilo de aprendizaje activo, la comprensión emocional y el estrés empático (dimensiones de la empatía) y también entre el autoconcepto académico/profesional, el autoconcepto social y el autoconcepto familiar (dimensiones del autoconcepto). También hay una relación significativa entre la dimensión de autonomía y las habilidades sociales, la atención emocional y la claridad (dimensiones de la inteligencia emocional) así como con el autoconcepto emocional (dimensión del

**Tabla 6.***Autoconcepto y su relación con la Calidad de Vida Subjetiva*

<b>Autores</b>	<b>Muestra</b>	<b>Resultados</b>
Goñi e Infante (2010)	$N = 408$ (245 mujeres y 163 hombres) personas de Vitoria con edades comprendidas entre los 23 y los 64 años ( $M = 45.41$ ; $DT = 13.41$ ).	La satisfacción con la vida es mayor en las personas con autoconcepto físico alto ( $M = 26.87$ , $SD = 4.88$ ) comparadas con las de autoconcepto medio ( $M = 24.44$ , $SD = 5.06$ ) y bajo ( $M = 21.77$ , $SD = 5.77$ ) ( $F = 16.675$ , $p = .0001$ ). La capacidad explicativa del autoconcepto ( $F = 11.084$ , $p = .0001$ , $\eta^2 = .059$ ) es mayor a la de la actividad físico-deportiva físico ( $F = 1.059$ , $p = .366$ , $\eta^2 = .009$ ) para la satisfacción con la vida.
Rodríguez et al. (2012)	$N = 796$ (311 niños y 485 niñas) estudiantes de Iquique (Chile) seleccionados de acuerdo con el método de muestreo estratificado. Edades entre 12 y 22 años ( $M = 17.43$ ; $SD = 2.65$ ).	Correlación entre autoconcepto académico y satisfacción con la vida oscilan entre ( $r = .210$ , $p \leq .01$ ). El autoconcepto académico media la relación entre el apoyo familiar y el ajuste de la escuela ( $\beta_{\text{(apoyo familiar en autoconcepto académico)}} = .16$ , y $\beta_{\text{(autoconcepto académico en ajuste escolar)}} = .82$ ) y entre el apoyo familiar y satisfacción con la vida ( $\beta_{\text{(apoyo familiar en autoconcepto académico)}} = .16$ , y $\beta_{\text{(autoconcepto académico en satisfacción con la vida)}} = .30$ ). ( $\chi^2_{(145)} = 417.40$ , $\chi^2/df = 2.87$ ; RMSEA = .051; SRMR = .038; CFI = .97).
Goñi et al. (2015)	$N = 801$ (329 hombres y 472 mujeres) residentes en la Comunidad Autónoma del País Vasco con edades entre 15 y 65 años ( $M = 34.03$ ; $SD = 17.29$ ).	El modelo de ecuaciones estructurales indicó que cuatro componentes del autoconcepto ( $\beta$ auto-realización = .63; $\beta$ honestidad = .11; $\beta$ emociones = .06 y $\beta$ autonomía = .03) explican el 46% de la varianza de satisfacción con la vida ( $X^2_{(21)} = 46.59$ ; NNFI y CFI = .99, SRMR = .02, RMSEA = .039), siendo sólo la autorealización ( $T = 18.38$ ) y honestidad ( $T = 3.40$ ) predictores significativos.
Chui y Wong (2015)	$N = 1428$ (47% hombres y 53% mujeres) estudiantes representativos de Hong Kong de edades entre 10 y 19 años.	Correlaciones entre los tres componentes del autoconcepto y satisfacción con la vida (propósito en la vida: $r = .50$ ; autoestima: $r = .45$ y satisfacción académica: $r = .30$ ) y felicidad (propósito en la vida: $r = .72$ ; autoestima: $r = .66$ y satisfacción académica: $r = .40$ ) (todas $p \leq .01$ ). Los tres componentes del autoconcepto son los predictores más importantes del bienestar subjetivo, explicando un 52% de la varianza de la felicidad (satisfacción académica: $\beta = .06$ ; autoestima: $\beta = .36$ y propósito en la vida: $\beta = .47$ ) y un 25% de la satisfacción con la vida (satisfacción académica: $\beta = .09$ ; autoestima: $\beta = .24$ y propósito en la vida: $\beta = .31$ ).

**Tabla 6.***Autoconcepto y su relación con la Calidad de Vida Subjetiva*

<b>Autores</b>	<b>Muestra</b>	<b>Resultados</b>
Garaigordobil (2015)	<i>N</i> = 286 (148 hombres y 138 mujeres) adolescentes con edades entre 14 y 16 años ( <i>M</i> = 14.72, <i>SD</i> = 0.75) que fueron seleccionados al azar de la lista de centros de la provincia de Gipuzkoa.	Autoconcepto ( <i>r</i> = .61) y autoestima ( <i>r</i> = .54) correlacionaron con felicidad (todas <i>p</i> ≤ .001). Los cinco predictores que explican el 67.5% de la felicidad fueron: autoconcepto ( $\beta$ = .284), depresión ( $\beta$ = -.215), comportamientos cooperativos ( $\beta$ = .287), autoestima ( $\beta$ = .165) y psicoticismo ( $\beta$ = -2.16).
Rodríguez-Fernández, et al. (2016)	<i>N</i> = 1250 adolescentes (49% chicos y 51% chicas) del País Vasco con edades comprendidas entre 12 y 15 años ( <i>M</i> = 13.72, <i>SD</i> = 1.09).	Correlaciones entre autoconcepto y satisfacción con la vida ( <i>r</i> = .584), afecto positivo ( <i>r</i> = .413) y afecto negativo ( <i>r</i> = -.407), controlando el sexo (todas <i>p</i> ≤ .01). Los tres predictores que explican un 43.8% de la varianza de satisfacción con la vida son: autoconcepto ( <i>t</i> = 16.98; $\beta$ = .594), resiliencia ( <i>t</i> = 11.30; $\beta$ = .462) y apoyo familiar ( <i>t</i> = 6.28) (todas <i>p</i> ≤ .05) ( $F_{(3,1250)} = 324.97, p \leq .05$ ). Los tres predictores que explican un 33.6% de la varianza de afecto positivo son: resiliencia ( <i>t</i> = 15.94; $\beta$ = .415), autoconcepto ( <i>t</i> = 8.47) y apoyo de las amistades ( <i>t</i> = 3.73) (todas <i>p</i> ≤ .05) ( $F_{(3,1250)} = 211.76, p \leq .05$ ). Los dos predictores que explican un 17.5% de la varianza de afecto negativo son: autoconcepto ( <i>t</i> = -14.40; $\beta$ = -.396) y apoyo familiar ( <i>t</i> = -2.10) (todas <i>p</i> ≤ .05) ( $F_{(2,1250)} = 133.80, p \leq .05$ ).
Morales-Rodríguez et al. (2020)	<i>N</i> = 149 estudiantes universitarios españoles ( <i>M</i> = 21.59; <i>SD</i> = 4.64)	Los análisis de regresión muestra una relación significativa entre la autoaceptación y el aprendizaje cooperativo, la claridad, el estado de ansiedad, la comprensión emocional y el autoconcepto físico y emocional, prediciendo el 58,6% de la varianza total ( $R^2 = .586, F_{(6,99)} = 23.335, p \leq .001$ ). Respecto a la dimensión relaciones positivas, existe una relación significativa con el estilo de aprendizaje activo, la comprensión emocional y el estrés empático, el autoconcepto académico/profesional, social y familiar prediciendo el 52% de la varianza total ( $R^2 = .520, F_{(6,99)} = 17.874, p \leq .001$ ). En cuanto a la dimensión autonomía, hay una relación significativa con las habilidades sociales, la atención emocional, la claridad y el autoconcepto emocional prediciendo el 31% de la varianza total ( $R^2 = .313, F_{(4,101)} = 11.525, p \leq .001$ ). La inteligencia emocional global, el estado de ansiedad, la comprensión emocional y el



**Tabla 6.**

*Autoconcepto y su relación con la Calidad de Vida Subjetiva*

Autores	Muestra	Resultados
		autoconcepto familiar se relacionan significativamente con el dominio del entorno prediciendo el 48.9% de la varianza total ( $R^2 = .489$ , $F_{(4,101)} = 24.139$ , $p \leq .001$ ). Asimismo, existe una relación significativa de la dimensión crecimiento personal y la atención emocional, la ansiedad y el autoconcepto académico/profesional prediciendo el 35.4% de la varianza total ( $R^2 = .354$ , $F_{(4,101)} = 13.838$ , $p \leq .001$ ). Finalmente, la inteligencia emocional global, el estado de ansiedad, la felicidad empática y el autoconcepto familiar muestran una relación significativa con la dimensión propósito en la vida prediciendo el 43.9% de la varianza total ( $R^2 = .439$ , $F_{(4,101)} = 19.786$ , $p \leq .001$ ).

*Nota.* Resumen de artículos que relacionan el Autoconcepto con la CV subjetiva; Fuente: Elaboración propia.

autoconcepto). En cuanto a la dimensión dominio del entorno, se observa una relación significativa de esta con la inteligencia emocional global, el estado de ansiedad (dimensión de la ansiedad) y la comprensión emocional (dimensión de la empatía) además de con el autoconcepto familiar (dimensión del autoconcepto). Asimismo, indican una relación significativa de la dimensión crecimiento personal y la atención emocional (dimensión de la inteligencia emocional), la ansiedad (dimensión de la empatía) y el autoconcepto académico/profesional (dimensión del autoconcepto). Finalmente, existe una relación significativa entre la dimensión propósito en la vida y la inteligencia emocional global, el estado de ansiedad (dimensión de la ansiedad) y la felicidad empática (dimensión de la empatía), además de con el autoconcepto familiar (dimensión del autoconcepto).

En esta investigación se ha optado por la división pentafactorial propuesta por García y Musitu (1999). Para su medición, se ha utilizado el cuestionario de Autoconcepto forma 5 (AF5) de estos mismos autores ya que es uno de los instrumentos más utilizados. El AF5 fue originalmente validado y normativizado en España en una muestra de casi 6.500 participantes con edades comprendidas entre los 10 y 62 años, proporcionando normas nacionales españolas para sexo y edad. Esta escala está basada en la estructura de factores de Shavelson et al. (1976). Consta de 5 subescalas (académico-laboral, social, emocional, familiar y físico) con 6 ítems cada una de ellas, 30 ítems en total. Este cuestionario mide el autoconcepto general y sus dimensiones, sin embargo, como se puede ver incluye una nueva dimensión no contemplada en la división propuesta por Shavelson et al. (1976), el autoconcepto familiar. El formato de respuesta que utiliza es una escala de tipo Likert con 5 opciones de respuesta en la que 1 es Totalmente en desacuerdo y 5 Totalmente de acuerdo. De esta manera, una puntuación alta en la escala total indicaría estar en posesión de un autoconcepto alto, es decir, que el participante

tendría una valoración positiva de sí mismo. García et al. (2006) en su estudio con una muestra de 2.058 adultos, demostraron la estabilidad temporal y la validez de contenido, criterial y diferencial de este cuestionario con coeficientes alfas que oscilaban entre .70 (social) y .88 (académico/laboral).

Existe evidencia empírica de la validez estructural del AF5. Además del estudio inicial de la escala, otros estudios, utilizando análisis factoriales exploratorios (por ejemplo, Cerrato et al., 2003) y confirmatorios (Elosua y Muñiz, 2010; García et al., 2006; Murgui et al., 2012; Tomás y Oliver, 2004), apoyan la estructura pentafactorial de la escala. Un estudio de validación de la versión inglesa de la escala con una muestra de 624 estudiantes corrobora los estudios previos que respaldaban el modelo de cinco factores del AF5 (García et al., 2013). Sin embargo, un estudio con una muestra de estudiantes universitarios muestra que el modelo original presenta un pobre ajuste, por lo que los autores plantean un modelo alternativo compuesto por 16 ítems y 6 factores correlacionados (social, familiar, académico/laboral, emocional, condición y aspecto físico) (Martín-Albo et al., 2007). En otro estudio realizado por Esnaola, Rodríguez y Goñi (2011), con 1.259 personas de la Comunidad Autónoma Vasca, en el que se empleó la versión original de la escala se muestra que el modelo de seis factores (en el que la dimensión física se divide en condición física y atractivo físico) proporciona una explicación de los datos más adecuada que los modelos alternativos unidimensional y pentafactorial propuesto anteriormente.

Las estimaciones de la fiabilidad para las puntuaciones de la subescala AF5 en distintos estudios se sitúan entre .71 y .88, proporcionando evidencia adecuada para la consistencia interna de las subescalas (García y Gracia, 2009; Fuentes et al., 2011; Martínez et al., 2003).

La evidencia disponible también muestra una adecuada validez convergente del AF5. Por ejemplo, se han encontrado relaciones estadísticamente significativas y entre las escalas AF5 y el ajuste psicosocial en la adolescencia (García y Gracia, 2010), depresión y ansiedad (Garaigordobil y Pérez, 2007), popularidad percibida por pares (Košir y Pečjak, 2005), inteligencia emocional (Gorostiaga et al., 2011), la mejora de la resistencia física en adolescentes (Ros, 2006) y funcionamiento familiar (Martínez y García, 2007, 2008; Martínez et al., 2007). Con respecto a las relaciones entre el AF5 y otras variables teóricamente relevantes, numerosos estudios empíricos también han informado resultados en línea con las predicciones teóricas. Por ejemplo, se han observado relaciones entre los puntajes en el AF5 y los trastornos alimentarios en la adolescencia (Guarnido et al., 2012); victimización de violencia escolar (Estévez et al., 2012), violencia escolar (Garay et al., 2013) y victimización en la escuela (Jiménez et al., 2009); prejuicios hacia los inmigrantes (del Barco et al., 2010) y prejuicios sexistas (Garaigordobil y Aliri, 2011); uso de sustancias (Fuentes et al., 2011); conducta suicida (Pérez-Amezcuca et al., 2010) e ideación suicida (Sánchez-Sosa et al., 2010); percepción de apoyo social (Rodríguez-Fernández et al., 2012) y comportamiento pro-social (Inglés et al., 2012).

Seguidamente se van a explicar las dimensiones más centradas en la visión social relacionadas con CV. Se explicará primeramente qué es la soledad y cómo influye en la CV de las personas y después el apoyo social percibido.

#### **1.4.5. Soledad**

Tradicionalmente el concepto de soledad ha sido entendido como un estado subjetivo que se relaciona con la condición de aislamiento físico, como un concepto unidimensional que puede definirse como una experiencia que se da cuando la red social de una persona presenta déficits en calidad o en cantidad, asociado a sentimientos

negativos (Peplau y Perlman, 1982). Sin embargo, a pesar de entenderse como la ausencia de compañía, o soledad social, actualmente son muchos los investigadores que emplean este término refiriéndose a una experiencia subjetiva más compleja que se origina en la forma en que la persona percibe la calidad de sus relaciones y que se denomina soledad emocional (Russell et al., 1984; Russell et al., 1980; Russell et al., 1978; Weiss, 1973; Weiss, 1982). Estas dos formas de entender la soledad han derivado en su concepción como constructo multidimensional, tal como nos indicaba Weiss (1973), que la describía desde una perspectiva psicosocial y que consideraba que era necesaria la conexión entre la soledad emocional (o aislamiento emocional) y la soledad social (o aislamiento social).

Por lo tanto, el concepto de soledad está muy ligado con el apoyo social, considerándose en algunos casos como sinónimos el uno del otro, puesto que los dos hacen referencia a las relaciones sociales que se mantienen con las personas. No obstante, son conceptos complementarios, pero en ningún caso iguales. La soledad, según Expósito y Moya (1999), no es simplemente la falta de apoyo social o relaciones sociales, entendiendo éste como la ayuda, consejo, bienestar, información que se recibe de la red social de cada persona (Cobb, 1976), sino que se refiere a aspectos más particulares. Su importancia radica en aspectos más subjetivos, emocionales, relacionales, globales y profundos, cuyos efectos serán más devastadores sobre la vida de las personas que el apoyo social. De tal manera que la soledad es una experiencia vivida por la persona que siente la falta de un tipo específico de relación, referido a una relación especial con alguien, que además es quien suministra el apoyo social (Ríos y Londoño, 2012). Dicho en palabras de Weiss (1973) «la soledad no es simplemente un deseo de compañía, cualquier compañía, sino más bien la ausencia de una relación muy específica» (Expósito et al., 1999, p. 300).

Además, la soledad tiene una serie de características que la definen (Montero et al., 2001):

- Es multidimensional porque está compuesta por diferentes aspectos de la personalidad, de interacción social y de habilidades conductuales.
- Es subjetiva y potencialmente estresante pues depende de la interpretación que haga la persona de la situación vivida para que sea considerada negativa o bien se viva como una oportunidad.
- Es secuencial y multicausada dado que puede estudiarse como un proceso con antecedentes, manifestaciones y consecuencias, cuya intensidad y duración es diferente según los factores socio-culturales, físico-situacionales y de personalidad.

Por otro lado, los factores que pueden causar la soledad son: características de la personalidad como la introversión, la timidez y la ansiedad, una baja autoestima, un déficit de habilidades sociales entendido como una incapacidad conductual o cognitiva para establecer vínculos con los demás, las características demográficas de cada persona y los estilos de apego (ambivalente y evitativo) (Ríos y Londoño, 2012).

El estudio de la soledad se ha centrado principalmente en los efectos nocivos que causa en las personas y de ahí que muchas investigaciones giren en torno a su relación con la salud mental centrándose, sobre todo, en enfermedades como la depresión. En estos casos, la soledad es considerada como un factor de riesgo que se asocia a la depresión (Adams et al., 2004; Jaremka, et al., 2014). No obstante, la soledad no solo se relaciona con la salud mental, también hay estudios que centran su interés en los efectos que tiene sobre la CV y algunos de sus indicadores (véase tabla 7). En el estudio realizado por Ekwall et al. (2005) los resultados indican que, en personas mayores, la soledad es el predictor más importante de la baja CV. Por otra parte, en un estudio realizado en 2007 (Swami et al., 2007) se observó que las personas que se sentían menos solas tenían mejor

CV, presentaban mejor salud mental y mostraban mejor autoconcepto. En el estudio de Kong y You (2013), además de la autoestima, la soledad también medió la relación entre el apoyo social y la satisfacción con la vida. Huo y Kong (2014) encuentran que, entre estudiantes chinos, la soledad modera la asociación entre la autoestima y la satisfacción con la vida. De forma que cuando los estudiantes informan un bajo nivel de soledad, aquellos con alta autoestima puntúan más alto en satisfacción con la vida que aquellos con baja autoestima. Sin embargo, tanto el grupo de autoestima alta como baja muestra un bajo nivel de satisfacción con la vida cuando la soledad es alta. Ozben (2013) encuentra que la satisfacción con la vida, junto a las habilidades sociales, predicen negativamente la soledad de los estudiantes universitarios turcos. En otra investigación con estudiantes turcos se determina que tanto la autoestima como el apoyo social eran mediadores parciales entre la soledad y la satisfacción con la vida (Kapıkıran, 2013). He et al. (2014) encuentran que, en adolescentes chinos, la relación entre el autoconcepto y la satisfacción con la vida estuvo parcialmente mediada por el afecto positivo, negativo y la soledad. Hombrados-Mendieta et al. (2013) encuentran que la soledad actúa parcialmente como una variable mediadora entre el apoyo social y el bienestar subjetivo. Los tres tipos de soledad (familiar, romántica y social) tienen un fuerte impacto negativo en el bienestar subjetivo. Finalmente, el estudio de Fernández, Muratori y Zubieta (2013) muestra que las personas con mayor bienestar, tanto psicológico como social, son las que se sienten menos solas.

**Tabla 7.***Soledad y su relación con la Calidad de Vida Subjetiva*

Autores	Muestra	Resultados
Adams et al. (2004)	<i>N</i> = 234 (159 mujeres, 56 hombres, 19 <i>missing</i> ) adultos entre 60 y 98 años ( <i>M</i> = 81.35, <i>SD</i> = ±7), que residían de forma independiente en USA.	Relación entre soledad y depresión ( $r = .46, p \leq .01$ ). La soledad explica el 8% de la varianza de depresión ( $\beta = .34$ ) ( $F = 27.945, p \leq .0005$ ).
Ekwall et al. (2005)	<i>N</i> = 4278 mayores de 75 años del sur de Suecia (783 cuidadores) seleccionados por edades estratificadas.	Relación entre salud mental (SF12) y sentimientos intensos de soledad ( $OR = 2.244, 95\% \text{ CI: } 1.78\text{-}2.83, p \leq .001$ ), más soledad que otros ( $OR = 1.618, 95\% \text{ CI: } 1.09\text{-}2.40, p \leq .001$ ) y fuertes sentimientos de soledad en el último año ( $OR = 3.418, 95\% \text{ CI: } 2.61\text{-}4.47, p = .016$ ). Y entre salud física (SF12) y mayor soledad que los otros ( $OR = .601, 95\% \text{ CI: } .39\text{-}.92, p = .020$ ) en mayores.
Jaremka et al. (2014)	Estudios longitudinales. Estudio 1 (E1): <i>N</i> = 115 (83% mujeres) supervivientes de cáncer de Ohio. Edad ( <i>M</i> = 56.77, <i>SD</i> = 11.21, rango: 30-88). Estudio 2 (E2): <i>N</i> = 229 (72% mujeres) cuidadores de enfermos de Alzheimer o con demencia ( <i>n</i> = 125 cuidadores y <i>n</i> = 104 controles). Edad ( <i>M</i> = 69.68, <i>SD</i> = 9.55, rango: 35-91).	En ambos estudios, los más solitarios experimentaron más depresión (E1: $b = 7.45, t_{(103)} = 7.44, p \leq .001, R^2 = .27$ ) (E2: $b = 2.01, \chi^2_{(1,222)} = 103.77, p \leq .001$ ) que los menos solitarios. Los que estaban más solos tuvieron aumentos mayores en la depresión (E1: $b = 4.82, t_{(101)} = 4.51, p \leq .001, R^2 = .07$ ) (E2: $b = .28, \chi^2_{(1,199)} = 3.65, p \leq .056$ ) en el tiempo que los menos solos.
Swami et al. (2007)	<i>N</i> = 174 (100 mujeres, 72 hombres) estudiantes de medicina de una universidad en Malasia. Edades comprendidas entre 18 y 24 años ( <i>M</i> = 20.30, <i>SD</i> = 1.25).	La soledad se asocia de forma negativa con satisfacción con la vida ( $r = -.40, p \leq .01$ ), la salud ( $r = -.50, p \leq .01$ ) y el autoconcepto ( $r = -.17, p \leq .05$ ) y de forma positiva con la depresión ( $r = .38, p \leq .01$ ). La salud media la relación entre la soledad y la insatisfacción con la vida y la depresión ( $\chi^2_{(2,172)} = 5.41, p > .05$ ; GFI = .98, AGFI = .92, CFI = .98).
Hombrados-Mendieta et al. (2013)	<i>N</i> = 2042 (50.4% mujeres y 49.6% hombres) personas de Málaga (España). Edades entre 18 y 95 años ( <i>M</i> = 46.9, <i>SD</i> = 19.2).	Relación entre bienestar y soledad familiar ( $r = -.44$ ), romántica ( $r = -.35$ ) y social ( $r = -.41$ ) (todas $p \leq .01$ ). Los distintos tipos de soledad tiene un efecto mediador entre el apoyo social (emocional, instrumental e informacional) y el bienestar (GFI = .95, CFI = .97; RMSEA = .05), así como entre los distintos tipos de apoyo (pareja, familia, amigos y comunidad) y el bienestar (GFI = .93, CFI = .95; RMSEA = .06).



**Tabla 7.***Soledad y su relación con la Calidad de Vida Subjetiva*

<b>Autores</b>	<b>Muestra</b>	<b>Resultados</b>
Fernández et al. (2013)	<i>N</i> = 780 (68.2% mujeres y 31.8% hombres) personas de la población general de Argentina. Edad ( <i>M</i> = 25.63; <i>SD</i> = 7.80; rango de 18 a 50).	Correlaciones de soledad emocional con las 6 dimensiones del bienestar psicológico oscilan entre $r = -.326$ (relaciones positivas) y $r = -.133$ (crecimiento personal). Y entre soledad social y bienestar psicológico entre $r = -.681$ (relaciones positivas) y $r = -.178$ (autonomía) (todas $p \leq .01$ ).
Kong y You (2013)	<i>N</i> = 389 (260 mujeres y 129 hombres) estudiantes de pregrado de dos universidades en China. Edades de 17 a 25 años ( <i>M</i> = 20.39; <i>SD</i> = 1.84).	Relación entre soledad y autoestima ( $r = -.278$ , $p = .001$ ). La soledad y autoestima median la relación entre el apoyo social y la satisfacción con la vida ( $z = 5.09$ , $p = .001$ ) ( $\chi^2_{(60)} = 95.39$ ; CFI = .98, RMSEA = .039).
Ozben (2013)	<i>N</i> = 525 (258 mujeres y 267 hombres) estudiantes universitarios solteros de Turquía seleccionados al azar (edad media = 21.58; <i>SD</i> = 1.85).	Relación entre soledad y satisfacción con la vida ( $r = -.26$ , $p \leq .01$ ). Las habilidades sociales ( $\beta = -.38$ ) y la satisfacción con la vida ( $\beta = -.21$ ) fueron predictores significativos de soledad ( $F_{(2, 522)} = 68.851$ , $p = .0001$ ) y explicaron el 21% de la varianza.
Kapıkıran (2013)	<i>N</i> = 431 (196 niñas y 235 niños) estudiantes de 6 ° y 7 ° grado de Turquía. Edades entre 11 y 15 años ( <i>M</i> = 13.31, <i>SD</i> = 1.09).	La autoestima y el apoyo social median el efecto de la soledad en la satisfacción con la vida ( $\chi^2_{(114, 431)} = 295.44$ , $p = .001$ , CFI = .98; NNFI/TLI = .98; SRMR = .05; RMSEA = .06, 90 % CI = .05–.06). El efecto indirecto de la autoestima y el apoyo social fueron significativos a $-.30$ ( $z = -6.02$ ) y a $-.21$ ( $z = -4.59$ ) (todas $p = .0001$ ). Este modelo representó: 51% de la varianza en apoyo social, 43% en autoestima y 63% en satisfacción con la vida.
He et al. (2014)	<i>N</i> = 300 (169 varones, 131 mujeres) adolescentes de China. Edades entre 12 y 17 años ( <i>M</i> = 14.50 años; <i>SD</i> = 1.06)	Soledad correlaciona con autoconcepto ( $r = -.58$ , $p \leq .01$ , 95% IC $-.66$ a $-.48$ ), afecto positivo ( $r = -.46$ , $p \leq .01$ , 95% IC $-.55$ a $-.36$ ), afecto negativo ( $r = .40$ , $p \leq .01$ , 95% IC $.29$ – $.50$ ) y satisfacción con la vida ( $r = -.40$ , $p \leq .01$ , 95% IC $-.49$ a $-.29$ ). El autoconcepto contribuyó a la satisfacción de vida en adolescentes a través del afecto positivo, negativo y soledad ( $\chi^2_{(111)} = 201.26$ , CFI = .97; RMSEA = .05, 95 % CI = .04–.06).
Huo y Kong (2014)	<i>N</i> = 615 (341 mujeres y 274 hombres) estudiantes universitarios de tres universidades de China. Edades entre 17 y 26 años ( <i>M</i> = 20.76, <i>SD</i> = 1.32).	Relación entre soledad y autoestima ( $r = -.38$ ) y satisfacción con la vida ( $r = -.30$ ) (todas $p \leq .01$ ). Soledad incrementó un 12% la varianza explicada de satisfacción con la vida ( $b = -.26$ , $p = .001$ ) tras controlar otras variables. Hubo interacción significativa entre soledad y autoestima ( $b = -.10$ , $p = .05$ ). En bajos niveles de soledad: relación significativa entre autoestima y satisfacción con la vida ( $b = .34$ , $p = .001$ ). En altos niveles de soledad: relación entre autoestima y satisfacción con la vida no fue significativa ( $b = .15$ , $p > .05$ ).

*Nota.* Resumen de artículos que relacionan la soledad con la CV; Fuente: Elaboración propia.

Para su medición, una de las escalas más empleada es la UCLA Loneliness Scale (Escala de soledad de UCLA), diseñada en la Universidad de California. En sus inicios contaba con 75 ítems que más adelante se redujeron a 20 (Russell et al., 1978) y presentaba una alta consistencia interna ( $\alpha = .96$ ). En 1980, Russel et al. realizaron una versión revisada de la escala, manteniendo el número de ítems, para tratar de solventar el problema detectado de la tendencia en la respuesta, puesto que los ítems se formulaban de manera unidireccional. De la misma manera, en la nueva versión se amplió el rango de respuesta Likert de 3 a 4 opciones, donde 1 es Nunca y 4 es Siempre. En este nuevo estudio la escala vuelve a mostrar un coeficiente de fiabilidad muy alto, con un  $\alpha = .94$ .

En este estudio se ha empleado la traducción al castellano de la escala UCLA realizada por Expósito y Moya (1993) que logró una buena consistencia interna en su estudio ( $\alpha = .89$ ). Se ha empleado la versión de 4 ítems de la escala que realizaron Páez et al. (2004), que pretende valorar las diferencias individuales de los sentimientos de soledad y aislamiento. La escala de respuesta de los ítems es tipo Likert de 4 puntos, siendo 1 = nunca y 4 = siempre.

Teniendo en cuenta que, para entender la soledad de forma íntegra, es decir, evaluar la experiencia de soledad, es necesario conocer la densidad de las redes sociales y la experiencia del apoyo social (Ekwall et al., 2004), en esta investigación se estudia tanto la soledad emocional como el apoyo social, el cual se explica a continuación.

#### **1.4.6. Apoyo Social**

Aunque el apoyo social es uno de los temas más estudiados en diferentes disciplinas relacionadas con la salud, no hay una definición clara y consensuada y, en ocasiones, se emplea el mismo término para definir cuestiones muy diferentes, por ello

es importante conocer la conceptualización del apoyo social. Un grupo de investigadores (Cohen y McKay, 1984; Gottlieb, 1981) definieron tres perspectivas:

- Apoyo social en términos de integración y participación social que sería la existencia o cantidad de relaciones sociales que tiene una persona.
- Apoyo social como estructura de las relaciones sociales que sería la red social de una persona con sus características estructurales específicas, es decir, quienes conforman el círculo de relaciones sociales y qué vínculos tenemos con cada uno.
- Apoyo social en términos del contenido funcional de las relaciones sociales de la persona, es decir, para qué sirven estas relaciones, su función en relación con el bienestar de la persona.

En resumen, los 3 aspectos fundamentales de las relaciones sociales son la cantidad, la estructura y la función. Teniendo en cuenta estos aspectos, House (1981, p.39; citado en Rodríguez-Marín et al., 1993) definió el apoyo social como «una transacción interpersonal que incluye uno de los siguientes aspectos: preocupación emocional (amor, empatía, etc.), ayuda instrumental (bienes y servicios), información (acerca del contexto) y valoración (información relevante para la auto-evaluación)» conceptualizando así el apoyo social como un constructo multidimensional (Rodríguez-Marín et al., 1993)

Puesto que el apoyo social es un concepto multidimensional, a la hora de definirlo y su evaluación hay que tener en cuenta todas sus dimensiones. De esta manera Lin et al. (1986) conceptualizan el apoyo social como provisiones instrumentales y/o expresivas, reales y percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos. Esta es una de las definiciones de apoyo social que se considera más completa ya que incluye la noción de proximidad emocional o intimidad, la procedencia del apoyo, el tipo de apoyo, la cantidad de apoyo recibido, y una variable muy importante, la percepción de apoyo por parte del sujeto. Por su parte, Barra (2004) definió el apoyo social como la percepción

que tiene una persona de que cuidan de ella, que es estimada y que forma parte de una red de personas que se preocupan de su bienestar.

A lo largo de la historia, el apoyo social se ha relacionado con la CV y muchos de sus indicadores. En un principio solamente se estudiaba la influencia del apoyo social sobre la salud mental (Barrón y Chacón, 1990; Herrero y Musitu, 1998; Lin et al., 1986; Messeri et al., 1986; Thoits, 1982) pues la investigación al respecto estaba asociada al estrés psicosocial. Sin embargo, actualmente, se han separado dos efectos del apoyo social dando lugar a dos perspectivas diferentes. Por una parte, el efecto directo que explica la relación del apoyo social sobre la salud y el bienestar, independientemente del estrés (Garrido y Alvaro, 1993; Loscocco y Spitze, 1990; Lu y Hsieh, 1997; Schaefer et al., 1981). Por otro lado, el efecto de amortiguación, que defiende el efecto moderador del apoyo social sobre otros factores que influyen en el bienestar, en concreto los acontecimientos vitales estresantes (Cutrona, 1986; Gore y Aseltine, 1995; Lakey y Heller, 1988; Lin et al., 1985).

Estudios más actuales muestran la relación del apoyo social con los diferentes constructos que forman la CV (véase tabla 8). Por una parte, investigaciones como la de Navarro et al. (2008) defienden la importancia que tienen las relaciones positivas y la relación con el entorno en el bienestar personal. En este sentido, Zeidner et al. (2016) concluyen que el apoyo social es una de las variables que tiene mayor influencia en el bienestar de los adolescentes. Distintos autores consideran que el apoyo social está estrechamente vinculado con el bienestar porque promueve emociones positivas, contribuye a que la propia vida sea más predecible y actúa como amortiguador del estrés al favorecer la autoestima, la autoeficacia y conductas relacionadas con la resolución de problemas (Barra, 2004; Tomyn y Cummins, 2011). También San Martín y Barra (2013)

**Tabla 8.***Apoyo Social y su relación con la Calidad de Vida Subjetiva*

<b>Autores</b>	<b>Muestra</b>	<b>Resultados</b>
Karademas (2006)	<i>N</i> = 201 (56.7% mujeres y 43.3% hombres) personas griegas de cuatro compañías de seguros. Edades entre 19 y 62 años ( <i>M</i> = 41.57, <i>SD</i> = 10.18).	Relación entre satisfacción con la vida y apoyo emocional ( <i>r</i> = .26) e instrumental ( <i>r</i> = .27) (todas <i>p</i> ≤ .001).
García-Heras et al. (2008)	<i>N</i> = 89 personas del Programa de Integración Social y Apoyo Comunitario de FISLEM (2006) que habían sido atendidos en 2004 y 2005	Relación entre CV y apoyo social ofrecido por los profesionales ( <i>r</i> = .30, <i>p</i> ≤ .01).
Demaray et al. (2009)	Submuestra de datos utilizado en Demaray y Malecki (2003): <i>n</i> = 921 (475 hombres y 446 mujeres) estudiantes de primaria, media y secundaria de distintos estados de USA.	Relación autoconcepto con frecuencia de apoyo parental ( <i>r</i> = .31), profesorado ( <i>r</i> = .29), compañeros ( <i>r</i> = .45), amigos íntimos ( <i>r</i> = .38) y con importancia de apoyo parental ( <i>r</i> = .26), profesorado ( <i>r</i> = .25), compañeros ( <i>r</i> = .28), amigos íntimos ( <i>r</i> = .26) (todas <i>p</i> ≤ .01).
Marrero y Carballeira (2010)	<i>N</i> = 477 (69.4% mujeres y 30.6% hombres) (60.9% estudiantes de Psicología y Relaciones Laborales de la Universidad de La Laguna). Edades entre 18 y 66 años ( <i>M</i> = 25.66; <i>SD</i> = 8.81).	Correlaciones parciales, controlando el sexo, entre apoyo social percibido y satisfacción con la pareja ( <i>r</i> = .34), el ocio ( <i>r</i> = .19) y la vida ( <i>r</i> = .44) (todas <i>p</i> ≤ .0001).
Moreno e Hidalgo (2011)	<i>N</i> = 277 (47.8% mujeres) empleados inmigrantes (25.4% en situación irregular) de Málaga. Edad media (mujeres) = 32.48 años ( <i>SD</i> = 9.3). Edad media (hombres) = 33.63 años ( <i>SD</i> = 8.3).	Relación de apoyo social con satisfacción con la vida en España ( <i>r</i> = .37), con satisfacción laboral intrínseca ( <i>r</i> = .17) y extrínseca ( <i>r</i> = .21) (todas <i>p</i> ≤ .01).
San Martín y Barra (2013)	<i>N</i> = 512 (57.2% hombres y 42.8% mujeres) alumnos de 2° y 3° de secundaria de Chile. Edades entre 15 y 19 años ( <i>M</i> = 16.4).	Apoyo social se relaciona con satisfacción vital ( <i>r</i> = .64, <i>p</i> ≤ .01) y es predictor de la misma ( $\beta$ = .52).

**Tabla 8.***Apoyo Social y su relación con la Calidad de Vida Subjetiva*

<b>Autores</b>	<b>Muestra</b>	<b>Resultados</b>
Birkeland, Breivik, y Wold (2014)	<i>N</i> = 1090 (591 hombres y 499 mujeres) estudiantes de secundaria, muestra representativa de Noruega. Edad media = 13.3 años ( <i>SD</i> = ±.3).	La cercanía con los padres ( $\beta = .21$ ) y la aceptación entre iguales ( $\beta = .30$ ) tienen una asociación significativa positiva y estable con la autoestima global para ambos sexos.
Chavarría y Barras (2014)	<i>N</i> = 358 (173 hombres y 185 mujeres) estudiantes chilenos de medias. Edades entre 14 y 19 años ( <i>M</i> = 15.7).	Correlaciones entre satisfacción vital y apoyo social global ( $r = .34$ ), emocional ( $r = .28$ ), de consejo ( $r = .32$ ) e instrumental ( $r = .27$ ) (todas $p \leq .01$ ).
Zeidner et al. (2016)	<i>N</i> = 203 (118 mujeres, 85 hombres) estudiantes judíos de secundaria. Edad ( <i>M</i> = 16.4, <i>SD</i> = .51, rango: 16-17).	El apoyo social predice el bienestar ( $\beta = .72$ ).

*Nota.* Resumen de artículos que relacionan el apoyo social con la CV; Fuente: Elaboración propia.

mostraron la fuerte relación entre el apoyo social y la satisfacción con la vida, siendo éste un fuerte predictor de la misma. Otros estudios también han encontrado una estrecha relación entre el apoyo social y la satisfacción con la vida, como por ejemplo el estudio con adultos griegos de Karademas (2006), el realizado por Moreno e Hidalgo (2011) con inmigrantes en España, o los que se llevaron a cabo con adultos españoles por Marrero y Carballeira (2010), o Chavarría y Barras (2014) con adolescentes españoles. Además, los adolescentes que tienen un buen apoyo social (tanto de la familia, como de los amigos y del entorno escolar) tienen un mejor autoconcepto (Demaray et al., 2009). En esta misma línea, un estudio indica que los jóvenes que tienen más apoyo social recibido por parte de sus iguales tienen una mejor autoestima general (Birkeland et al., 2014) y otro encuentra una relación entre CV en personas que participan en un Programa de Integración Social y Apoyo Comunitario y el apoyo social formal (García- Heras et al., 2008).

En este estudio se va a centrar la atención en las redes informales de apoyo, que engloban todas aquellas relaciones sociales que se configuran de forma natural en el entorno del sujeto (familia, amigos, compañeros de trabajo, etc.) y la percepción subjetiva que el sujeto tiene sobre el apoyo social.

Para su medición, se ha empleado el Cuestionario de Apoyo Social - The Social Support Questionnaire SSQ (Sarason et al., 1983) cuyo objetivo es cuantificar la disponibilidad y la satisfacción con el apoyo social que obtenían las personas. Puesto que los estudios de Sarason se basan en que el apoyo social influye en el nivel de salud, de forma que contribuye al desarrollo personal y disminuye el nivel de estrés, el diseño del cuestionario se centra en dos aspectos del apoyo social. Por un lado, la percepción de que existen suficientes personas que puedan ayudar si fuera necesario (disponibilidad) y, por otro, el grado de satisfacción con la ayuda existente (satisfacción).

Inicialmente, este cuestionario constaba de 27 ítems y en cada uno de ellos se preguntaba sobre el número de personas con las que se podía contar (limitándolo a un máximo de 9) y el grado de satisfacción con este apoyo, medido con una escala tipo Likert que va de 1 a 6 siendo 1 «muy satisfecho» y 6 «muy insatisfecho». Más adelante, Sarason diseñó una forma abreviada de este cuestionario que consta de 6 preguntas medidas de igual manera que el de 27 ítems (Sarason et al., 1987). El SSQ-6 se considera un buen sustituto del SSQ de 27 ítems porque su consistencia interna es alta (.90-.93, para número y satisfacción) y su correlación con la versión larga es de .95 (Sarason et al., 1987). También presenta una adecuada validez convergente que se evidencia a través de las correlaciones con otras medidas de apoyo social percibido como la *International Support Evaluation List* (Cohen et al., 1985) o la *Perceived Social Support from Friends and Family* (Prociadano y Heller, 1983).

Martínez-López et al. (2014) confirman, en una muestra de 855 estudiantes universitarios de Santiago de Compostela, el modelo de dos dimensiones del SSQ6. Los coeficientes de fiabilidad muestran valores de .89 para SSQ6 disponibilidad y .94 para SSQ6 satisfacción. Martínez-López et al. (2010) realizaron un estudio de validación de la escala con una muestra de 277 estudiantes universitarios de Canarias. Las propiedades psicométricas de la escala fueron adecuadas. La consistencia interna fue de .90 para la subescala de disponibilidad y de .96 para la de satisfacción. También se obtuvo una agrupación de los seis ítems en los dos factores ortogonales ( $r = .05$ ) de la escala, que explicaban un 41.75% para la disponibilidad y un 33.19% para la satisfacción, que conjuntamente suman 74.95%. Las puntuaciones obtenidas fueron elevadas y se acercan bastante a las obtenidas en la versión original de Sarason (1987) y, también, a las que se obtuvieron en la versión francesa (Rasclé y Brucho-Schewitzer, 2005), en la portuguesa (Moreira et al., 2002) y la paquistaní (Rizwan y Syed, 2010). En el presente estudio se ha

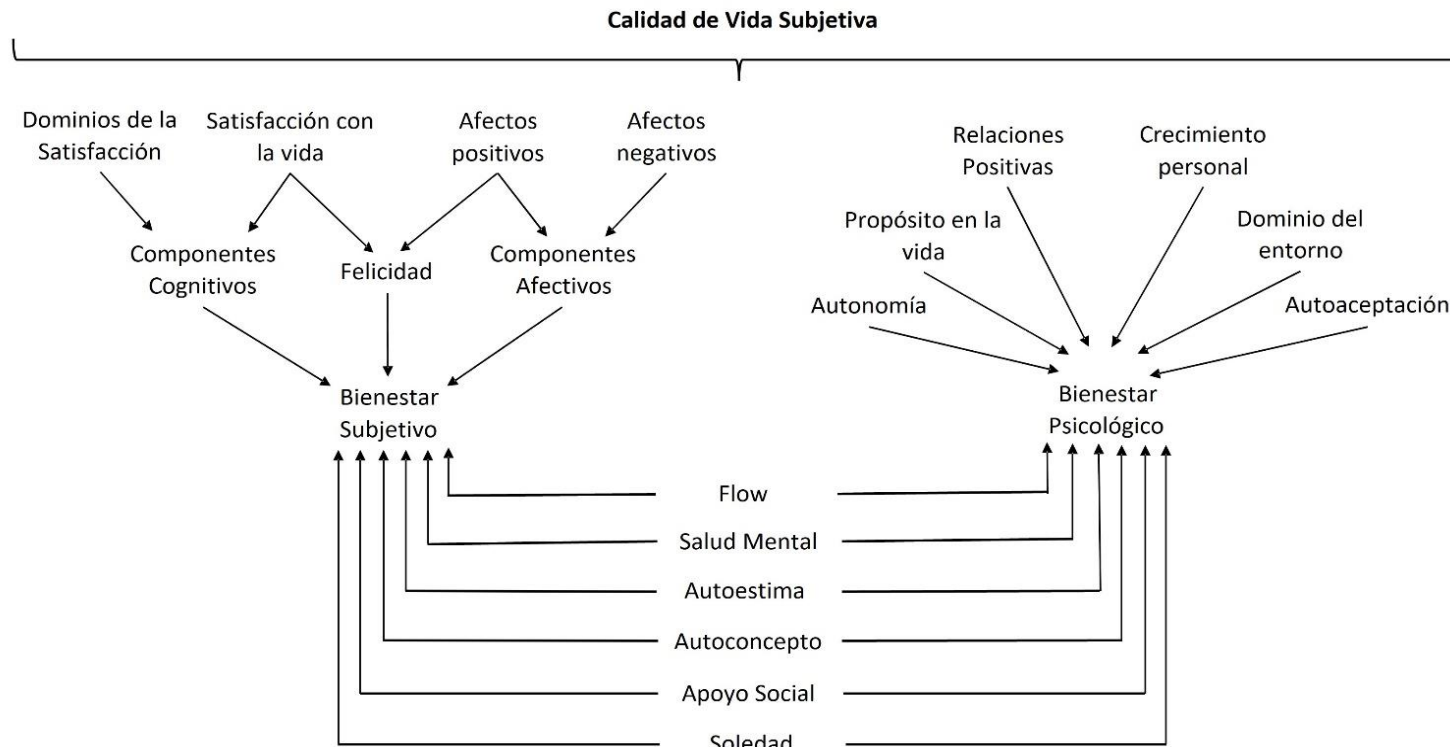


empleado el cuestionario de Apoyo Social (*The Social Support Questionnaire SSQ*) de Sarason et al. (1983) que consta de 6 ítems, en su versión validada y traducida al castellano por Martínez-López et al. (2010), la cual contó con una buena consistencia interna para ambas dimensiones, satisfacción ( $\alpha = .96$ ) y disponibilidad ( $\alpha = .90$ ).

Vista la revisión efectuada sobre la CV y sus dimensiones, así como los componentes asociados con los cuales guarda relación, puede afirmarse que la CV es un concepto muy amplio que hay que estudiar desde diferentes puntos de vista (véase figura 7). En esta investigación se ha tratado de cubrir todos ellos para realizar un estudio completo, sumando a los detallados en este capítulo, la práctica de AF como componente externo de gran influencia. En el siguiente capítulo se tratará de explicar este concepto para posteriormente conocer las relaciones existentes entre ambos.

**Figura 7.**

*Propuesta Teórica de los Componentes de la Calidad de Vida Subjetiva y Conceptos Asociados*



*Nota.* Gráfica relacional de los componentes de la CV subjetiva y otros conceptos asociados abordados en esta Tesis; Fuente: elaboración propia.



## **CAPÍTULO 2**

### **LA ACTIVIDAD FÍSICA**



A lo largo de este capítulo se va a hablar de la Actividad Física (AF, en adelante) abordando su concepto o definición, sus componentes más importantes, las diferentes formas de medición que se pueden emplear y además la relación de ésta con la CV y otros componentes asociados al bienestar.

## **2.1. Conceptualización de la Actividad Física**

Existen numerosos términos para expresar que una persona es físicamente activa, pero la mayoría de las veces estos no se emplean de manera adecuada. Pese a que los términos son similares y pueden parecer incluso iguales, presentan algunas diferencias individuales que les dan connotaciones distintas. Por ello es importante dotar de contexto a la AF conociendo las diferentes percepciones según diversos autores, así como otros conceptos análogos que la complementan.

En 1985, Caspersen, et al. definieron la AF como «cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que produce un gasto de energía superior al metabolismo basal» (p. 126), es decir, cualquier actividad muscular que incremente el gasto energético sustancialmente. Haciendo alguna aclaración más, unos años después, en 1990, Newell considera que se practica AF siempre y cuando el movimiento se realice con intencionalidad, excluyendo de la definición los movimientos no intencionados, como por ejemplo los movimientos reflejos. Por lo tanto, la AF incluye actividades habituales de la vida diaria que implican movimiento corporal, como caminar, ir en bicicleta, subir escaleras, hacer las tareas del hogar y comprar, etc. (Guiaro-Goris, et al., 2009).

En el año 2000, Devís y sus colaboradores se encargaron de incorporar al concepto de AF la dimensión personal y sociocultural. De esta manera, a la parte biológica de la definición de AF hay que añadirle que la AF es una experiencia personal que nos permite

experimentar sensaciones muy diversas y adquirir conocimientos de nuestro entorno y de nuestro cuerpo. Además, la AF forma parte de la cultura de la comunidad, realizándose en interacción con otras personas y con el entorno. Por lo tanto, una definición más completa sería la que propone Devís (2000), quien define la AF como cualquier movimiento corporal, realizado con los músculos esqueléticos, que deriva en un gasto de energía y en una experiencia personal y nos permite interactuar con los seres y el ambiente que nos rodea. Finalmente, Sánchez (2006) la define como toda actividad planeada, espontánea o involuntaria, que suponga un gasto de energía y que active a la persona a nivel corporal, psíquico y emocional.

Otros conceptos paralelos que también hay que tener en cuenta por su estrecha relación con la AF son el ejercicio físico y el deporte. El ejercicio físico se define como una AF planeada, estructurada y repetitiva que tiene por objetivo la mejora de uno o más componentes de la forma física (Caspersen et al., 1985). De la misma manera, el deporte es una actividad tanto física como intelectual, reglamentada institucionalmente, estructurada y de naturaleza competitiva (García-Ferrando, 1990). Ambos se consideran actualmente subcategorías de la AF (Sánchez, 2006). Ligado a estos conceptos está la forma física, que se define como la capacidad de llevar a cabo las tareas diarias de forma adecuada, sin fatigarse y disponiendo de reserva energética suficiente para disfrutar de las actividades de ocio y para poder resolver situaciones imprevistas que requieran un esfuerzo suplementario (Caspersen et al., 1985).

Si el objetivo es analizar de manera específica los efectos de cada uno de estos tres conceptos, AF, ejercicio físico y deporte, habrá que recurrir al término específico que se quiera estudiar (Balaguer y Castillo, 2002). No obstante, en la presente investigación se ha empleado el término de AF en general puesto que el interés reside en las diferencias

que presentan las personas que son físicamente activas (independientemente del tipo de actividad o deporte y del momento en el que lo lleven a cabo) y las que no lo son.

Por otra parte, a la hora de hablar del estudio de la AF, es necesario definir sus componentes con el objetivo de comprender sus aspectos más importantes. A continuación, se explicarán tanto los componentes básicos como otros de reconocido interés.

### **2.1.1. Componentes básicos de la Actividad Física**

Según la literatura previa (Ara et al., 2015; Arruza et al., 2008; Dos Santos, et al. 2015; Infante y Goñi, 2009; Jiménez et al., 2008; Molina, 2007; Zamarripa et al., 2014), los componentes básicos de la AF son la frecuencia, la duración y la intensidad. Éstos son imprescindibles para conocer la cantidad de AF que realiza cada persona.

#### **2.1.1.1. Frecuencia**

Cuando se habla de frecuencia nos referimos al número de veces que una persona realiza AF. Es importante especificar el lapso de tiempo por el que se pregunta, acotando un marco de tiempo definido. Se puede pedir que recuerden periodos recientes, la semana pasada, una semana normal, en un día hábil normal, durante el fin de semana, en las últimas 2 semanas; o bien recordar periodos a largo plazo, en un mes, el año pasado; o bien especificar el patrón de práctica de AF de toda la vida. La forma más habitual de preguntar por la frecuencia es “Durante la última semana, ¿cuántas veces has realizado AF?” modificando el lapso al que más interese en la investigación.

Por otra parte, según los expertos, para que se perciban mejoras en la salud física y mental y de la CV de las personas a partir de la promoción de la AF, es necesario hacer ejercicio con una frecuencia de entre 3 y 5 días por semana (p.ej., *American College of Sports Medicine - ACSM*, 1999; Haskell et al., 2007). Podría decirse que lo aconsejable



es realizar 5 días de actividad aeróbica moderada, como puede ser caminar rápido o trotar, o bien 3 días de actividad vigorosa como puede ser el *footing* o carrera más intensa. También se pueden combinar ambas para tener un mayor equilibrio. A pesar de que se le da mayor importancia a la hora de mejorar la salud física a la AF aeróbica, no debemos olvidar que también es necesario dedicar algo de tiempo a realizar actividades que nos ayuden a mejorar tanto la fuerza muscular como la resistencia, como por ejemplo realizando algunos ejercicios simples con pesas o bien empleando el propio peso del cuerpo como resistencia.

#### **2.1.1.2. Duración**

A la hora de hablar de la duración nos referimos al tiempo que se dedica a cada sesión de AF. Se trataría de responder a la pregunta «Cuando realizas AF, ¿cuánto tiempo dedicas a cada sesión?».

Al igual que en el componente anterior, si se pretende una mejora de la salud física y mental, y de la CV de las personas, según los expertos también hay unos estándares que cumplir. En concreto, sería recomendable realizar sesiones de entre 20 y 30 minutos de duración como mínimo (p.e., ACSM, 1999; Haskell et al., 2007; Miguel et al., 2001). Dependiendo del tipo de actividad que se realice, será necesario invertir más o menos tiempo. Por ejemplo, si la actividad que se hace es de intensidad moderada, como andar rápido, es recomendable emplear 30 minutos por sesión. Sin embargo, si la actividad es de intensidad vigorosa, como la carrera, 20 minutos es suficiente.

#### **2.1.1.3. Intensidad**

La intensidad es una percepción personal del esfuerzo que se experimenta mientras se está haciendo ejercicio. Expresa un sentimiento subjetivo de cómo de dura o

costosa resulta la AF que se está realizando y, por tanto, es totalmente diferente entre unas personas y otras.

En este caso, para comprender las recomendaciones de los expertos en torno a la intensidad recomendable a la hora de hacer AF, es necesario conocer 4 conceptos asociados a la misma:

- La frecuencia cardiaca es definida como la cantidad de veces que el corazón se contrae en un minuto. Este parámetro suele emplearse para evaluar la intensidad, ya que proporciona información sobre la adaptación del organismo a la práctica de AF (Ortigosa et al., 2018).
- La frecuencia cardiaca máxima es la frecuencia máxima que se puede alcanzar sin poner en riesgo la salud.
- La frecuencia cardiaca de reposo se refiere a la frecuencia cardiaca de una persona cuando se encuentra totalmente en reposo, es decir, sin actividad.
- Finalmente, la frecuencia cardiaca de reserva es la diferencia entre la frecuencia cardiaca máxima y la frecuencia cardiaca de reposo.

Según los expertos, se recomienda que la intensidad se encuentre entre el 60% y el 90% de la frecuencia cardiaca máxima, o bien, que la intensidad se encuentre entre el 40% y 85% de la frecuencia cardiaca de reserva (*American College of Sports Medicine - ACSM, 1999; Haskell et al., 2007*).

Sin embargo, aunque se brindan recomendaciones en torno a la intensidad con datos objetivos como la frecuencia cardiaca, no se debe olvidar que la percepción de ésta es totalmente subjetiva y variable dependiendo de la persona. Teniendo en cuenta esta percepción subjetiva del esfuerzo, según los expertos, aplicando la Escala de Esfuerzo Percibido de Borg (1988), desarrollada para medir esta percepción, la intensidad

recomendada estaría entre los 12 (suave) y los 16 puntos (algo duro), es decir, los valores intermedios de esfuerzo.

### **2.1.2. Otros componentes de la Actividad Física**

Por otra parte, cabe destacar otros componentes de la AF que también se han considerado de interés a la hora de estudiar la práctica de AF. Diferentes estudios como los realizados por Bauman et al. (2006), Bauman et al. (2012), *Department of Health Physical Activity* (2004) y *World Health Organization* (2008) han considerado como componentes importantes el tipo de actividad y, también, el contexto y el periodo de tiempo en el que se practica la AF (*p.ej.* en el tiempo libre, en la vida cotidiana, en el trabajo, por competición, para divertirse, etc.), los cuales se explican a continuación.

#### **2.1.2.1. Tipo de Actividad Física que se realiza**

Cuando se habla de tipo de AF, se puede entender desde diferentes perspectivas. Por una parte, se puede preguntar directamente por el tipo de actividad o deporte que se realiza, como, por ejemplo, nadar, correr, hacer judo, etc. Sin embargo, en otras ocasiones, se pregunta por la categoría de la actividad, es decir, el grupo al que pertenece la actividad. De esta manera, la Organización Mundial de la Salud (OMS, en adelante) categoriza las actividades en vigorosas, como la carrera rápida, el aeróbic y el fútbol, o moderadas, como caminar rápido, nadar o dar paseos en bici. No obstante, hay que tener cuidado con esta clasificación pues dependiendo de cómo se practique cada actividad, puede ser más o menos intensa. Es decir, no es lo mismo dar un paseo en bici que hacer ciclismo y no es lo mismo nadar que hacer natación, al igual que es diferente nadar en una piscina o ir en bici por ciudad, que nadar en el mar o ir con la bici por la montaña. De la misma manera que influye cómo se practica la actividad, también influye qué persona la realiza, siendo diferente que una persona de avanzada edad salga a correr a que lo haga

un deportista de élite. Con esta explicación se pretende clarificar que la categorización de las actividades como más o menos intensas a nivel orientativo son cosas diferentes, así como la percepción de intensidad entendida como sensación subjetiva de la persona, de la que se ha hablado con anterioridad.

### **2.1.2.2. Campos o entornos donde se realiza la Actividad Física**

A la hora de hablar de campos o entornos donde se practica AF, estos se refieren tanto al lugar o entorno como al momento en el que se realiza. Esta clasificación se divide en:

- AF realizada durante el tiempo libre: puede tratarse de una actividad organizada, como las clases de gimnasio, y/o la práctica de un deporte individual o colectivo, y/o salir a correr o caminar con un grupo; también pueden ser actividades no organizadas como salir a caminar para hacer ejercicio o por diversión, o simplemente hacer algo de AF en la vida diaria.
- AF realizada durante el trabajo (AF ocupacional): se refiere al ejercicio o AF que se practica durante la jornada laboral porque el trabajo así lo requiere. De esta manera, existen trabajos que son físicamente más activos que otros, como puede ser un entrenador de gimnasio, o bien un repartidor que realiza su jornada laboral en bici o andando. Por lo tanto, a pesar de que estas personas pudieran no realizar AF durante su tiempo libre o por diversión, sí que hacen ejercicio, pues su ocupación, así lo requiere.
- AF realizada en el entorno doméstico: se refiere al ejercicio realizado como parte de nuestra vida diaria en casa, como puede ser la jardinería, el trabajo en el patio, las tareas domésticas, el cuidado de niños, etc. No hay que olvidarse de que muchas de las tareas cotidianas conllevan un esfuerzo físico y pueden considerarse ejercicio no

solamente por el tiempo que se invierta en ellas, sino por la cantidad de energía que se gasta.

- AF realizada como traslado activo: se refiere a los traslados al trabajo y desde éste, y los realizados para ir y venir de diferentes lugares. Por ejemplo, desplazarse en bici o caminando al trabajo es una buena forma de aprovechar el tiempo para practicar algo de ejercicio y llevar una vida activa.
- AF realizada de forma transversal: a diario se pueden producir otros gastos energéticos eventuales derivados, por ejemplo, de usar escaleras en lugar de ascensores en edificios. Este tipo de actividad también se debe tener en cuenta.
- Finalmente, aunque este último apartado no es un patrón de actividad, hay que tener en cuenta cuánto tiempo se invierte en actividades sedentarias. A esto es a lo que denominamos mediciones de tiempo de sedentarismo, es decir, el tiempo dedicado a estar sentado en el trabajo, viendo televisión, usando el ordenador, leyendo, etc., pues también influye a la hora de valorar si una persona tiene una vida activa.

Una vez conocidos los componentes más importantes de la AF, en el siguiente apartado se explicarán los diferentes métodos que existen para medir la práctica de AF y sus diferentes componentes.

## **2.2. Medición de la Actividad Física**

La definición de AF, como hemos visto en el primer apartado, engloba infinidad de actividades cotidianas, no solamente aquellas referidas al deporte en sí mismo. Por ese motivo, el campo de la investigación en AF es tan amplio y diverso. En este apartado se pretenden describir los diferentes métodos de medición de la AF y las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos.

A la hora de hablar de la medición de la AF, una de las primeras investigaciones fue llevada a cabo por LaPorte et al. (1985). Estos autores, después de analizar 30 métodos diferentes llegaron a las siguientes conclusiones sobre la medición y evaluación de la AF:

- Dadas las múltiples dimensiones interrelacionadas que tiene la AF, su medición es compleja.
- Además, la medición de la AF puede clasificarse en: calorimetrías, clasificación del tipo trabajo, encuestas, marcadores fisiológicos, observación conductual, monitores mecánicos y electrónicos, y estimaciones indirectas realizadas por medio de diarios o cuestionarios.
- Los instrumentos para medir la práctica de AF no evalúan todos los patrones de comportamiento, es decir, algunos miden la energía gastada, otros la frecuencia de la práctica, la intensidad o el tipo de movimiento.
- Los diferentes tipos de AF se relacionan de manera condicional con la salud, la enfermedad o el estado físico de la persona; por ejemplo, aquellos ejercicios que requieren un gasto de energía se relacionan con la obesidad, los que implican cargas de peso con la osteoporosis, así como las actividades aeróbicas de intensidad alta se relacionan con la resistencia.
- La selección del método de medición de AF empleado depende de la investigación y sus cuestiones prácticas. En lo que respecta a la investigación se debe tener en cuenta el diseño, la población de estudio, la repercusión de ésta y el interés respecto a las dimensiones de salud, enfermedades o ambas. Sobre las cuestiones más prácticas, se debe tener en cuenta el coste económico que implica, el tiempo que se emplea y la aceptación de medición de AF.
- En ese momento la encuesta era la forma de medición de AF que más se empleaba para estudios con muestras grandes.

- A la hora de realizar las encuestas tenían en cuenta cuatro cuestiones: 1. El momento temporal sobre el que se preguntaba (última semana, último mes, último año...); 2. Especificar de manera muy precisa el tipo de AF que realizaban; 3. El método de recogida de datos empleado; y 4. Un resumen de los resultados de las encuestas para clasificar los distintos niveles de AF de cada individuo.
- Los medidores de movimiento eran muy útiles para muestras grandes, sin embargo, en ese momento tenían un coste muy elevado y su validez, en muchos casos, no estaba demostrada.
- Pese a la dificultad a la hora de medir la AF, la asociación de esta con la salud fue relativamente fuerte. Esta cuestión indicaba que, si se mejoraban las técnicas de evaluación, la asociación entre ambas sería aún más fuerte.

Tal como se ve, medir la práctica de AF ha sido y sigue siendo una tarea complicada. Parte de esta dificultad radica, por un lado, en que cada uno de sus componentes varía entre individuos y poblaciones (López-Fontana et al., 2003). También, viene dada por las diferentes duraciones e intensidades y la diversidad de actividades que una persona realiza diariamente, pues, algunas veces, puede producir ambigüedad en los resultados en función del tipo de medición empleado (Roldán et al., 2013). Por otro lado, la AF cuando se relaciona con la salud consta de varias dimensiones (el gasto calórico, la intensidad aeróbica, la oxidación de nutrientes, la flexibilidad y la fortaleza de cada individuo), las cuales resultan, en sí, difíciles de medir (López-Fontana et al., 2003). Además, cuando se trata de medir la AF relacionada con la salud se deben tener en cuenta tanto los aspectos biológicos interpersonales (la interacción de las habilidades, el conocimiento y las actitudes individuales) como otros factores (ambientes sociales, políticos y culturales) (Sallis y Owen, 2002). Actualmente, a pesar de que muchas de las conclusiones sacadas en 1985 por LaPorte y sus colaboradores acerca de la medición de

la AF siguen vigentes, se ha evolucionado mucho en algunos aspectos. Por ejemplo, ahora existen muchos más sistemas que ayudan a medir la práctica de AF cuyo coste no es tan elevado, como puede ser una aplicación en el móvil que mida los pasos o una pulsera de actividad/reloj inteligente, de los que existe mucha variedad en el mercado. También se ha extendido más el uso de Diarios a la hora de realizar estudios sobre AF, pues con el actual avance tecnológico es muy sencillo anotar los datos en el momento, por ejemplo, en el teléfono móvil a través de aplicaciones de terceros que se dedican, precisamente, a almacenar los datos relacionados con nuestra AF. Finalmente, también se ha avanzado en la creación de diferentes pruebas para medir la AF realizada.

Para facilitar la comprensión de los diferentes métodos empleados para medir la práctica de AF, y poder definir cada uno de ellos, es necesario realizar una clasificación. Algunos expertos los clasifican como métodos directos e indirectos (Caspersen et al., 1985; La Porte et al., 1985; López Fontanta et al., 2003), sin embargo, esta clasificación ha quedado relegada a un segundo plano con el tiempo. Estudios más recientes (Echeverría y Botero, 2015) se basan en la clasificación realizada por Vhanees et al. (2005). Según estos autores, se pueden agrupar en 3 categorías: métodos criterio, métodos objetivos y métodos subjetivos.

### **2.2.1. Métodos Criterio**

A esta categoría pertenecen los métodos más empleados para la medición de la AF (Ainslie, 2003, Advidsson, 2009, Echavarria y Botero, 2015 y Vanhees et al., 2005).

#### **2.2.1.1. Observación o Grabación directa**

Es el principal método de esta categoría. Consiste en registrar los datos de la AF realizada por una persona mediante la observación que se puede realizar directamente por el observador o bien ser grabada para analizarse posteriormente.



Las mayores ventajas de este método son la calidad y el acceso que se tiene a la información, pues proporciona datos de gran exactitud. Sin embargo, cuenta con varias desventajas. Por una parte, es necesario un entrenamiento intenso de los observadores para que puedan analizar y categorizar la información, lo cual implica una gran inversión de tiempo. Además, si las sesiones de observación son demasiado largas, los registros pueden estar afectados por la monotonía y hacer que disminuya la atención de los observadores. Por otra parte, los sujetos pueden variar su conducta natural al sentirse observados. Finalmente, los resultados no son generalizables ya que pueden estar sesgados, bien porque se ha perdido información durante la observación al no poder observar varias cosas a la vez (en el caso de no ser grabada) o bien porque el observador ha interpretado los datos de manera errónea. A pesar de estas limitaciones, es un método que suele emplearse de manera habitual, sobre todo con niños en edad preescolar y escolar, pues es complicado emplear otros métodos en estas edades tan tempranas (Arvidsson, 2009; Rodríguez y Terrado, 2006; Roldán et al., 2013).

Puesto que la observación o grabación directa es uno de los métodos de medición más empleados, Clarson et al. (2017) propusieron automatizar la observación a través de unos algoritmos incluidos en el ordenador que procesan los vídeos grabados para observar la práctica de AF, para conseguir un seguimiento y una retroalimentación continuas. Su estudio mostró buenos resultados indicando que se trata de un instrumento válido para evaluar la práctica de AF en entornos abiertos. Esta novedosa manera de realizar la observación reduce las limitaciones de la observación directa tradicional y, por tanto, dota a este método de mejores resultados.

#### **2.2.1.2. Agua doblemente marcada**

Este método consiste en administrar una solución acuosa que contiene deuterio ( $H^2$ ) y oxígeno 18 ( $O^{18}$ ), que se reparten de forma equilibrada con el agua que hay en el

cuerpo. El  $H^2$  se elimina por medio de la orina, la saliva, el sudor y las heces y el  $O^{18}$  en forma de agua y de  $CO_2$ . Para conocer el gasto energético de la persona, se necesita saber la velocidad a la que se produce el  $CO_2$  y esta se relaciona con la diferencia de eliminación del  $H^2$  y el  $O^{18}$  (Angarita, 2010).

Está considerado un método de referencia para medir el gasto energético de los sujetos en su medio habitual, es apto para todo tipo de poblaciones y tiene una buena precisión (López-Fontana et al., 2003). Sin embargo, cuenta con algunas desventajas, como que es necesario el uso de equipos sofisticados para su cuantificación que encarecen el proceso y, además, no proporciona información acerca de la frecuencia, duración e intensidad de la práctica de AF (Warren et al, 2010).

### **2.2.1.3. Calorimetría directa**

Este método mide el gasto energético obtenido mediante la producción de calor, definiendo la AF como el gasto energético total. Las mediciones se realizan en una cabina hermética: la entrada y salida de aire, la presión de oxígeno, el nitrógeno y la humedad relativa. Respecto al sujeto que está en dicha cabina realizando AF, se controlan los alimentos ingeridos con su respectivo peso y valor calórico, la frecuencia cardíaca y la intensidad del esfuerzo en cada movimiento. Además, dentro de la cabina se analiza el aire espirado y se recolecta la orina del sujeto durante las 24 horas posteriores. De esta manera es posible conocer el gasto energético producido por la práctica de AF asociada al calor que se deriva del organismo (Angarita, 2010).

La precisión es una de las principales virtudes de este método. Sin embargo, no es un método útil para medir el ejercicio que hace una persona de manera diaria y habitual, pues modifica los patrones de AF normales al estar realizado en una situación controlada. Además, se trata de un método muy caro, ya que requiere de infraestructuras especiales

y de mucho tiempo para su realización. Finalmente, tampoco resulta útil para realizar estudios con muestras grandes de población. Todo esto lo convierte en un método indicado para estudios de caso con muestras pequeñas (Angarita, 2010; La Porte et al., 1985).

#### **2.2.1.4. Calorimetría indirecta**

Es una técnica que consiste en medir el gasto energético a través del intercambio gaseoso (consumo de  $O^2$  y producción de  $CO^2$ ) y las tasas de oxidación de sustratos; es decir, mide el calor producido a través del intercambio de gases. Se dan tres principios básicos: 1. por una parte, todo el  $O^2$  liberado es usado en el metabolismo oxidativo; 2. todo el  $CO^2$  expirado deriva de la completa oxidación de los sustratos; 3. finalmente, todo el nitrógeno que resulta de la oxidación proteica se elimina por la orina para que pueda ser analizado. Para aplicar esta técnica es necesario que, por un lado, las personas se encuentren en salas especiales con concentraciones de  $O^2$  y  $CO^2$  conocidas, y que empleen una mascarilla con un recipiente que recoge el aire expirado para su posterior análisis. Por otro lado, el alimento ingerido es procesado químicamente utilizando  $O^2$  para, de esta manera, transformar la energía del cuerpo en calor y en energía libre para la locomoción. Dependiendo del tipo de alimento ingerido (carbohidratos, proteínas y lípidos), la concentración de  $O^2$  será diferente. El cociente respiratorio (cociente entre el volumen de  $CO^2$  espirado y el  $O^2$  consumido) nos da una idea de cómo se produce la oxidación de los sustratos al ser diferente la producción de  $CO^2$  y  $O^2$  en la oxidación de las proteínas, carbohidratos y lípidos (La Porte et al., 1985; López-Fontana et al., 2003; Roldán et al., 2013; Vanhees et al., 2005).

Al igual que la calorimetría directa su mayor ventaja es su precisión, ya que el intercambio gaseoso se puede medir con mucha exactitud en un laboratorio de fisiología del ejercicio. Sin embargo, tiene algunas desventajas: por un lado, el proceso es

económicamente costoso; por otra parte, inhibe los patrones normales de realización de ejercicio de las personas; también es necesario emplear mucho tiempo para poder llevarlo a cabo. Estas cuestiones lo convierten en un método poco conveniente para aplicarlo en muestras grandes de población (Angarita, 2010; La Porte et al., 1985).

### **2.2.2. Métodos Objetivos**

Estos métodos miden los parámetros fisiológicos relacionados con la AF (Bauman et al., 2002). Las principales ventajas de los métodos objetivos son, por una parte, que realizan mediciones de mucha calidad y muy precisas, puesto que recogen datos sobre algunos de los componentes básicos de la AF y los cuantifican (Arvidsson, 2009). Por otra parte, es sencillo traducirlos a otros idiomas. Además, no dan problemas a la hora de interpretar los resultados y evitan problemas de discapacidad social y de procesos cognitivos y perceptivos del sujeto (Janz, 2006).

#### **2.2.2.1. Acelerómetro**

Mide la frecuencia y la magnitud de las aceleraciones y desaceleraciones de los movimientos corporales en uno (vertical), dos (vertical y medio-lateral) o tres planos (vertical, medio-lateral y anterior-posterior) (López-Fontana et al., 2003; Warren et al., 2010). Es un dispositivo eléctrico que crea un voltaje al contraerse, siendo la magnitud de éste proporcional a la fuerza de aceleración. De esta manera, se registra la intensidad del movimiento y se traduce en unidades de recuento. Los conteos realizados por los acelerómetros se pueden integrar en periodos de tiempo predefinidos, comúnmente conteos por minuto, y así emplearse para medir la intensidad de la AF, es decir, que la elección del periodo de tiempo ayudará a clasificar el tipo de AF realizada en cuando a la intensidad - ligera, moderada o vigorosa - (Arvidsson, 2009).

Respecto a las ventajas e inconvenientes, cabe destacar que su manejo es algo complicado y es necesaria una mayor destreza que para emplear otros métodos objetivos. Es imprescindible una buena calibración para que se recojan correctamente los registros de los niveles de intensidad. Por otro lado, aunque la recolección de datos es bastante sencilla, éstos son complejos y largos y, por lo tanto, se requiere el uso de otros programas externos para reducirlos y analizarlos. Existen protocolos que ayudan a evitar problemas durante la recolección de datos y su análisis posterior que deben aplicarse previamente a la puesta en marcha de los aparatos. Además, otra limitación es que, al colocarse en la cintura, no siempre se capta el movimiento de la parte superior del cuerpo. También se considera una limitación el hecho de que no diferencia el gasto de energía empleado cuando se camina en pendiente o en llano, o bien cuando se realizan cargas pesadas, pues solamente mide los movimientos (Mâsse et al., 2005; Santos-Lozano y Garatachea, 2012; Ward et al., 2005).

A pesar de estas limitaciones, el acelerómetro también presenta una serie de virtudes. Por ejemplo, es un método apto para todo tipo de poblaciones, pudiendo realizar mediciones tanto a personas mayores, como adultos y niños (Warren *et al.*, 2010). Además, los acelerómetros de nueva generación son poco invasivos, más baratos y, usándolos correctamente se puede aumentar la sensibilidad para medir la AF de baja intensidad. Además, tienen mejores niveles de confiabilidad que los anteriores (Cain et al.; 2013; Ndahimana y Kim, 2017; y Robusto y Trost, 2012). Por ejemplo, el modelo Acti-Graph registra la información en tres ejes (triaxial) y proporciona una información muy completa midiendo frecuencia, duración e intensidad. Fue validado en diferentes muestras de población mostrando muy buenos resultados (Santos-Lozano, 2013), lo que ha dado lugar a que sea uno de los más empleados en estudios recientes (Airlie et al. 2022 y Karaca et al., 2021).

#### **2.2.2.2. Podómetro**

Es un instrumento que contabiliza los pasos y está diseñado específicamente para evaluar el movimiento de caminar (La Porte et al., 1985). Es decir, consiste en medir los pasos durante la marcha (Warren et al., 2010). Estos dispositivos han cambiado mucho a lo largo del tiempo, pues, inicialmente funcionaban con unos engranajes y a día de hoy son electrónicos, con un circuito que se activa, mediante una palanca, con las aceleraciones verticales producidas cuando una persona camina (Vanhees et al., 2005).

Una de sus mayores ventajas es que es apto para todas las poblaciones, aunque es menos preciso en niños o en las personas con andares lentos (en personas mayores o personas con obesidad mórbida) (Cardón, 2004). Además, se considera una medida objetiva para medir la AF en las actividades comunes, sus datos son fáciles de recopilar y de analizar, y es un método económico. Por otra parte, motiva a las personas que lo utilizan a realizar más AF (Feito et al., 2013). Finalmente, cabe destacar que cuenta con muy buenos indicadores de validez (Crouter et al., 2003; Feito et al., 2013; Schneider et al., 2004) y son muy prácticos a la hora de realizar estudios epidemiológicos (Arvidsson, 2009; Vanhees et al., 2005). Sin embargo, solamente está diseñado para evaluar el ejercicio de caminar o correr y no puede medir la velocidad ni la intensidad del movimiento, por lo tanto, no mide las calorías gastadas (Crouter et al., 2003; Warren et al., 2010).

#### **2.2.2.3. Monitor de frecuencia cardiaca**

Este método proporciona un registro continuo que refleja la intensidad y la duración de la actividad diaria (LaPorte et al., 1985). Estima el gasto energético a través de la frecuencia cardiaca determinando, primeramente, cuál es el gasto energético en estado de reposo y viendo las variaciones cuando se practica algún tipo de ejercicio

(Warren et al., 2010). La relación entre el gasto energético y la frecuencia cardíaca es lineal y varía entre los diferentes individuos, pues está determinada por varios factores como la edad, el sexo, el peso y el nivel de condición física (Arvidsson, 2009; Dugas, et al., 2005) y también está influida por la temperatura ambiente, la postura corporal y el estado emocional como la ansiedad o el estrés (Warren et al., 2010).

A la hora de hablar de sus ventajas, cabe destacar que es un método apto para todas las poblaciones, proporciona información sobre la intensidad de la AF, tiene una buena asociación con el gasto energético, la recopilación de datos es sencilla y es relativamente barato. Sin embargo, una limitación es que solamente es útil para actividades aeróbicas y, también, que existen otras condiciones que no están relacionadas con la práctica de ejercicio que pueden causar un aumento de la frecuencia cardíaca, pero sin un aumento correspondiente en el volumen de oxígeno, lo cual falsearía la medición (Warren et al., 2010). Los expertos aconsejan su uso combinado con otros dispositivos como pueden ser los sensores de movimiento (Santos-Lozano, 2013; Strath et al, 2002).

### **2.2.3. Métodos subjetivos**

Los métodos subjetivos determinan el nivel de práctica de AF que realiza una persona con la información que ella misma proporciona estableciendo el gasto energético a través de esta información. Se basan en ecuaciones de predicción realizando un recuento de la AF realizada en uno o más días. La mayor ventaja de este tipo de métodos es que se pueden aplicar en estudios poblacionales al resultar prácticos para el evaluador y para las personas estudiadas (Angarita, 2010). Sin embargo, se debe elegir bien la herramienta que se va a emplear, pues algunas sólo evalúan uno de los aspectos de la AF poniendo en duda su validez (Arvidsson, 2009). También se denominan medidas de auto-informe e implican el recuerdo de actividades diarias y la colaboración de la persona. Son métodos más prácticos que las medidas objetivas, menos costosos y más fáciles de administrar.

Pretenden estimar la AF habitual de una persona durante un periodo de tiempo (López-Fontana et al., 2003). Los más empleados son los diarios o registros de actividad, cuestionarios, encuestas y entrevistas. A continuación, describiremos cada uno de ellos.

### **2.2.3.1. Registros de actividad y diarios**

Tanto los registros de actividad como los diarios son considerados medidas de autoinforme, pues son los propios participantes los que se encargan de realizar las anotaciones oportunas (Aparicio-Ugarriza et al., 2015). Estas anotaciones pueden llevarse a cabo en papel o bien de manera digital (empleando una *tablet* o un móvil) mediante el uso de una plantilla. Sin embargo, existe alguna pequeña diferencia entre ambos que se expondrá a continuación.

Los registros de AF pretenden recoger toda la información respecto a todas las fuentes y patrones de AF realizados por una persona durante un periodo de tiempo concreto. Es decir, se identifica el tipo de actividad (p. ej.: caminar, jardinería, correr...), el propósito con el que se realiza (p. ej.: desplazamiento, mantenimiento del hogar, deporte), la duración (p. ej.: 15 minutos, 30 minutos, 45 minutos), la percepción de la intensidad (p. ej.: leve, moderada, fuerte), la posición del cuerpo (p. ej.: de pie, sentado, tumbado), y el periodo de observación (p. ej.: 1 semana, un mes).

El registro lo lleva a cabo la persona estudiada y tiene un gran nivel de detalle, lo cual requiere mucho tiempo y esfuerzo por su parte y también para el investigador. Esto hace que tenga serias limitaciones para estudios con poblaciones muy numerosas y solamente se recomienda su uso cuando es necesario identificar un patrón de actividades muy detallado (Goris, 2012; Rodríguez y Terrados, 2006). No obstante, existen algunos programas que se instalan en una *tablet* o móvil que recogen los datos de práctica de AF. Su funcionamiento es sencillo: se conecta un sensor a la *tablet* o móvil que recoge las



actividades que se realizan; una vez desenchufado, los datos se traspasan a una base de datos de manera automática para poder ser analizados posteriormente. El evaluador es el que tiene acceso a estos datos y, en caso de detectar patrones de movimiento poco claros, puede contactar con el/los sujetos de estudio para corroborar los mismos (Geraedts et al., 2021). Este nuevo método de llevar un registro de práctica de AF facilita en gran medida el trabajo y presenta menos limitaciones que los registros tradicionales.

Los diarios, al igual que los registros de AF, pretenden recoger información detallada sobre el tipo y la duración de las actividades que realiza diariamente una persona de forma habitual. Sin embargo, están estructurados en forma de una lista de actividades detalladas (p. ej.: caminar, montar en bici, correr, etc.), lo que les diferencia de los registros de AF. Esto hace que sean más prácticos a la hora de utilizarlos y de procesar los datos (Rodríguez y Terrados, 2006).

No obstante, su validez puede verse reducida si las personas estudiadas realizan actividades distintas de las que aparecen en la lista (Rodríguez y Terrados, 2006). Otro hándicap es que se depende de la memoria y la honestidad de los participantes a la hora de realizar el diario (Aparicio-Ugarriza et al 2015).

### **2.2.3.2. Cuestionarios y Entrevistas**

El cuestionario y la entrevista, medidas de autoinforme, requieren del recuerdo de la persona, bien sea de las últimas 24 horas, la semana pasada, o periodos más largos como el último año, es decir, están ubicados en el tiempo (Aparicio-Ugarriza et al 2015). También, están estructurados de tal manera que aparezcan detallados todos los datos considerados de interés para la investigación.

No obstante, el recuerdo de las personas puede no ser del todo preciso. Además, no solo están limitados por estos posibles errores de información, sino que no tienen en cuenta las variaciones individuales de la persona (peso, intensidad de la AF y factores metabólicos) que afectan a la energía gastada. Sin embargo, su bajo coste, la fiabilidad en la administración, sobre todo en grupos grandes, y la capacidad de administrarse a grupos concretos de población (ancianos, adolescentes, mujeres, etc.) compensan sus limitaciones y lo convierten en un muy buen recurso para realizar estudios en grandes muestras (Roldán et al., 2013).

A pesar de que son muchos los cuestionarios creados para medir la práctica de AF, son cinco los que destacan por encima de los demás, por ser los más empleados y estar considerados más completos. Por una parte, el *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), y el *Global Physical Activity Questionnaire* (GPAQ) derivado del primero, que miden la práctica de AF en diferentes tipos de población. Por otro lado, *The Health Behavior in Schoolchildren* (HBSC) y *Youth Activity Profile* (YAP) para medir la práctica de AF en escolares. Finalmente, la Escala de Esfuerzo Percibido de Borg (1988), que mide únicamente el esfuerzo a la hora de realizar la práctica de AF. A continuación, se explica cada uno de ellos:

El Cuestionario Internacional de AF (*International Physical Activity Questionnaire*, IPAQ) fue creado en 1998 por un grupo de Consenso Internacional que se reunió en Ginebra con el objetivo de crear una medida de autoinforme para medir la AF en diferentes poblaciones. Existe una versión larga y otra corta. La versión larga consta de 31 ítems y facilita información más detallada, pues incluye cuatro dominios: trabajo, transporte, actividades en el hogar y actividades en el tiempo libre, donde se pregunta por la frecuencia y la duración de la práctica de AF en actividades que divide en moderadas, vigorosas y caminatas. Es un instrumento que fue validado en 12 países en el

año 2000, lo que hace que sea uno de los cuestionarios más empleados (Craig et al., 2003). En el congreso sobre AF y salud que tuvo lugar en Atlanta en 2006 (Kohl, et al., 2006), se expuso el gran interés por medir la AF en los diferentes ámbitos en los que se puede desarrollar, desde las tareas del hogar y el transporte activo, hasta la AF realizada en el trabajo, centrandó la atención en la AF de intensidad moderada. Al abarcar todos estos ámbitos de la vida cotidiana a la hora de medir la práctica de AF se ha convertido en uno de los cuestionarios más utilizados (Bandmann, 2008). Por ejemplo, el estudio realizado por Safi et al. (2022) con una muestra de 64 trabajadores en la que emplearon el cuestionario IPAQ en su versión larga junto con un método objetivo (ActiGraph) mostró que los resultados obtenidos en el cuestionario indicaron menores niveles de práctica de AF que el acelerómetro. Se determinó que los sujetos estudiados no tuvieron en cuenta algunas de las actividades realizadas, como puede ser caminar a una reunión, por casa, o durante el trabajo. Por tanto, se puede considerar una limitación de este tipo de cuestionarios el hecho de que no se tengan en cuenta todas las actividades realizadas en el día a día. Por su parte, la versión corta consta de 9 ítems y suele utilizarse en sistemas de vigilancia, tanto a nivel nacional como internacional. Las preguntas están estructuradas para que los resultados se dividan en los 3 tipos de actividades, moderadas, vigorosas y caminatas. El resultado final se obtiene sumando la duración de la actividad en minutos y la frecuencia en días de los 3 tipos de actividades. Por lo tanto, no pueden ser estimados los resultados por separado para cada una de las áreas que veíamos en la versión larga.

Por otra parte, el Cuestionario Global de AF (*Global Physical Activity Questionnaire*, GPAQ) fue creado en 2002 por la OMS como parte del método *STEPwise* para la vigilancia de enfermedades crónicas y promoción de la salud. Consta de 16 preguntas y 3 dominios que son trabajo, transporte y actividades de ocio. Estos dominios se dividen, a su vez, en 6 subdominios que son: 1. trabajo intenso; 2. trabajo moderado;

3. viajes; 4. actividades vigorosas; 5. actividades recreativas moderada y, 6. estar sentado (Retsagi et al., 2020). Se pregunta por la práctica de AF en cada uno de ellos teniendo en cuenta la intensidad, la frecuencia y la duración de la AF, además del tipo de actividad realizada durante una semana. Este instrumento ha sido validado en nueve países (Bull et al., 2009).

Como se ha demostrado en investigaciones previas, ambos cuestionarios tienen una buena fiabilidad y validez (Bull et al., 2009; Caravali-Meza et al., 2016; Cleland et al., 2014; Rubio et al., 2017; Román et al., 2013). No obstante, en un estudio comparativo entre ambos métodos (Angarita, 2013) se encontró que, a pesar de que en el IPAQ la AF iba de moderada a buena en la fiabilidad test re-test y en el GPAQ era buena, el primer método subestimaba la AF en comparación con el segundo. De esta manera se concluyó que el GPAQ tiene mejores resultados de reproducibilidad.

También destaca el Inventario de Conductas de Salud en Escolares (*The Health Behavior in Schoolchildren, HBSC*) creado entre 1985 y 1986 por la OMS (Wordl, 1995) como una encuesta transnacional para evaluar las variables del estilo de vida saludable en escolares. Está compuesto por 29 ítems repartidos entre los siguientes dominios: 1. AF y deporte; 2. hábitos de alimentación; 3. tabaco; 4. alcohol; 5. drogas; 6. higiene dental; 7. consumo de vitaminas y hierro; 8. conductas de riesgo y seguridad; 9. hábitos de descanso; 10. consumo de medicamentos; y 10. tiempo libre. Si bien este no es un instrumento específico para la evaluación de la AF, sus creadores consideran que la AF es una de las variables más importantes para tener en cuenta a la hora de hablar de salud y CV, y, por lo tanto, es uno de los dominios principales del cuestionario. Respecto a la AF, se pregunta sobre la frecuencia, duración e intensidad de la misma. También se debe tener en cuenta que, a pesar de que este cuestionario fue creado para su uso en escolares, se ha adaptado también para administrar a muestras de adolescentes y, en muchos casos,

solamente se ha utilizado una parte del mismo, siendo la más empleada la relacionada con la AF (Pastor, et al., 2006; Molina, 2007; Molina, et al., 2011; Sicilia et al., 2016).

En cuarto lugar, Welk et al. (2021) realizaron la validación del cuestionario online *Youth Activity Profile* (YAP). Este cuestionario diseñado para estudiantes trata de conocer su nivel de práctica de AF y también su nivel de sedentarismo. La aplicación está diseñada para ser utilizada en el entorno escolar y se rellena de manera on-line por el propio estudiante. Consta de 15 ítems divididos en tres dominios diferentes: 1. en la escuela, que incluye los desplazamientos a la misma, las clases de educación física y los recreos y descansos; 2. fuera de la escuela, que incluye lo que se hace entre semana al salir de la escuela y todo lo realizado los fines de semana; y 3. hábitos sedentarios, que pregunta sobre el tiempo dedicado a ver la televisión, a jugar a videojuegos, al uso del ordenador y del teléfono móvil, además de un tiempo de sedentario considerado general. Dos de las ventajas que tiene este cuestionario frente a otros son, por un lado, su aplicación on-line, y, por otro lado, que predice la práctica de AF de moderada a vigorosa en las tres áreas por las que pregunta. El YAP ofrece estimaciones de práctica de AF y de sedentarismo de manera eficiente y eficaz (Welk et al., 2021). Por tanto, se trata de un buen elemento de autoinforme.

Finalmente, existen cuestionarios que miden específicamente alguno de los componentes de la AF. Este es el caso de la Escala de Esfuerzo Percibido de Borg (1988), que pretende medir el esfuerzo que perciben las personas que hacen durante la práctica de ejercicio. Para ello es necesario realizar esta prueba en situación de laboratorio dando unas indicaciones muy concretas, que suelen ser las siguientes: «Durante la prueba, vamos a pedirle que nos indique su percepción del esfuerzo que está realizando. Este dato es importante porque su propia percepción del esfuerzo es un complemento necesario para las mediciones fisiológicas que vamos a tomar». Durante la prueba, se va

preguntando periódicamente a los sujetos por el nivel de esfuerzo que perciben y se completa una tabla que va de 6 a 20 indicando el nivel de esfuerzo percibido (véase tabla 9).

**Tabla 9.**

*Escala de Esfuerzo Percibido de Borg*

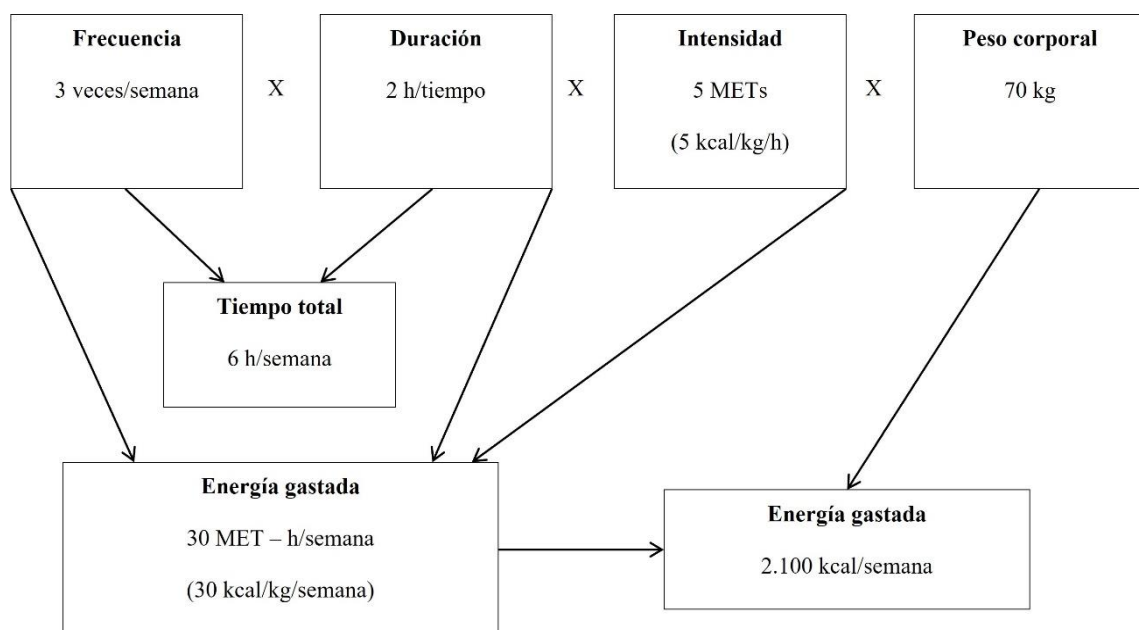
Escala de esfuerzo percibido de Borg		Equivalencia aproximada en pulsaciones por minuto	Grado de intensidad de esfuerzo (% de la capacidad máxima posible)	Equivalencia en una escala de esfuerzo de 0 – 10 puntos
6		60-80	10	0
7	Muy, muy suave	70-90		1
8		80-100	20	2
9	Muy suave	90-110		
10		100-120	30	3
11	Bastante suave	110-130		
12		120-140	40	4
13	Algo duro	130-150	50	5
14		140-160	60	6
15	Duro	150-170	70	7
16		160-180		
17	Muy duro	170-190	80	8
18		180-200	90	9
19	Muy, muy duro	190-210	100	10
20		200-220		

*Nota.* Fuente: Moya, 2004.

Partiendo de la revisión realizada por Bandmann (2008) sobre el uso de cuestionarios en la realización de AF, es conveniente tener en cuenta que los cuestionarios más extensos sobre AF tratan de medir el tipo de actividad realizada (de ocio, laboral, familiar,...), la frecuencia (sesiones que se realizan en un periodo determinado de tiempo), la duración (minutos por sesión), desde cuándo practican AF y pretenden estimar la intensidad del ejercicio que se realiza (la vigorosidad o gasto metabólico necesario). De esta manera, tal como apuntaban Kriska y Caspersen (1997), se puede analizar la práctica de AF en varios niveles.

**Figura 8.**

*Análisis de la práctica de AF en diferentes niveles*



Nota. Fuente: traducida de Kriska y Caspersen (1997).

Tal como se describe en la figura 8, para obtener el tiempo total dedicado a hacer ejercicio es preciso multiplicar el número de veces a la semana que se hace AF (frecuencia) por el tiempo dedicado a cada sesión (duración). Una vez se conoce el tiempo total, hay que multiplicarlo por la intensidad (habitualmente expresado en equivalentes metabólicos - METs). Un MET se define como el coste energético de estar sentado

tranquilamente y es equivalente a un consumo de 1 kcal/kg/h. También corresponde a 3.5 ml de oxígeno consumido por la masa corporal en kilogramos por minuto. De esta manera se obtiene el indicador de AF más empleado a la hora de medir la práctica de AF. Como se observa, no es necesario conocer el peso corporal del sujeto para hacer una estimación del gasto de energía. En cambio, sí es necesario conocer el peso de la persona si se quiere hacer la traducción de la energía gastada en kilocalorías gastadas (Bandmann, 2008).

#### **2.2.4. Medición de la AF en la presente investigación**

Habitualmente, en estudios similares a los que nos ocupan, que pretenden medir cómo afecta la práctica de AF a la CV de las personas, son las medidas subjetivas de medición de AF, como diarios, entrevistas y cuestionarios, las más utilizadas. Dentro de estas medidas, los cuestionarios son los que tienen un uso más extendido (Lopez-Fontana et al., 2003; Retsagi et al., 2020; Roldán et al., 2013; 2020; Safi et al., 2022).

Por tanto, una vez analizadas las ventajas e inconvenientes de los distintos métodos de medición de la práctica de AF y, teniendo en cuenta el carácter de estas investigaciones y los recursos disponibles, se decidió emplear diferentes cuestionarios para medir la práctica de AF.

Para conocer la frecuencia y duración de la práctica de AF de los sujetos que conforman la muestra, en la presente tesis se empleó una adaptación del cuestionario HBSC (*Health Behavior in Schoolchildren*) en su versión traducida al español por Balaguer (2002), del que se seleccionaron solamente las preguntas referentes a la frecuencia y duración de la práctica de AF, tal como hicieron Molina et al. (2011). De la misma manera, para conocer la intensidad de la práctica se optó por adaptar la Escala de Esfuerzo Percibido de Borg (1988), instrumento desarrollado para medir el esfuerzo de manera específica.



Por otra parte, a fin de poder hacer una comparativa entre las personas físicamente activas y las que no lo son, en contraposición con los diferentes componentes de la CV, se creó un indicador de práctica de AF. Este indicador muestra el tiempo total que una persona dedica a la práctica de AF en una semana. Para su creación se multiplicó la frecuencia por la duración de la práctica de AF (Kriska y Caspersen, 1997). En este caso, se optó por no incluir la intensidad en el indicador, dado que los datos obtenidos eran de carácter subjetivo, al tratarse de una percepción personal.

### **2.3. Importancia de la práctica de AF y su relación con la CV y sus componentes**

A lo largo del siglo XXI el estudio de los efectos en las personas de la práctica de AF en la salud psicológica, en la CV y sus componentes va en constante aumento. A continuación, se va a realizar un breve repaso de la situación actual en torno a esta relación, siguiendo la clasificación de CV establecida en la figura 7 (p.117) que se puede encontrar en el marco teórico de CV.

#### **2.3.1. Calidad de vida**

Respecto a la CV, se pueden encontrar estudios internacionales como el elaborado por Bădicu (2018), quien demostró, consultando a más 1000 personas de entre 30-45 años de Rumanía, que el nivel de práctica de AF está directamente relacionado con la CV, indicando una relación significativa ascendente; es decir, que las personas que más ejercicio practican tienen una mejor CV. Por su parte, otra investigación realizada con una población mayor, de entre 60 y 80 años, indicó que las personas físicamente más activas tenían mejor CV y que el aumento de la práctica también mejoraba la CV (Prasard et al., 2021). Del mismo modo, en el estudio realizado por Anokye et al. (2012), con una muestra de 5537 adultos de entre 40 y 60 años, seleccionada de una encuesta nacional

*Health Survey for England* realizada en 2008, se afirma que aquellas personas que hacen más AF tienen mejor CV que las que hacen menos. Asimismo, cabe mencionar el estudio realizado por Concha-Cisternas et al. (2020), en el que se contaba con una muestra de 126 estudiantes universitarios chilenos, y que mostró que aquellos que practicaban poca AF tenían peor CV que los que practicaban mucha. Finalmente, un estudio nacional desarrollado en Valencia, en el que participó una muestra de 82 personas mayores de 18 años, mostró resultados similares a los estudios internacionales, ya que las personas que comenzaron a hacer ejercicio mejoraron su CV, su percepción de salud y su autoestima (Martín-Doménech et al., 2021).

### **2.3.2. Bienestar subjetivo: Satisfacción con la vida, Felicidad y Afectividad**

A la hora de analizar la relación entre la práctica de AF y el bienestar subjetivo a través de sus componentes (satisfacción con la vida, felicidad y afectividad), varios estudios, tanto internacionales como nacionales, demuestran que las personas que son más activas físicamente tienen mejor bienestar subjetivo. El estudio realizado por An et al. (2020), con una muestra de 2245 adultos taiwaneses sanos mayores de 18 años, indica que las personas que hacen AF son más felices y están más satisfechas con su vida. Así mismo, otra investigación llevada a cabo en 24 países diferentes, con una muestra de 12492 estudiantes universitarios, afirma que aquellos que hacen ejercicio de manera moderada o elevada tienen mayor satisfacción con la vida y felicidad (Pengpid y Peltzer, 2019). Adicionalmente, el estudio realizado por Iwan et al. (2021), el cual contaba con una muestra de 217 personas de entre 18 y 64 años, concluye que, tras 4 semanas de ejercicio, las personas mejoraron su satisfacción con la vida y su felicidad. Por su parte, en España, la investigación desarrollada por Parra-Rizo y Sanchis-Soler (2020), con una muestra de 397 personas mayores de 60 años, demostró que aquellas físicamente más activas tenían mejor bienestar subjetivo que las que no practicaban ejercicio. Finalmente,

cabe destacar la revisión sistemática de la relación entre la AF y la felicidad que desarrollaron Zhang y Chen (2019), en la que se concluye que los estudios revisados, los cuales contaban con muestras de población de diversos países, edades y características, mostraban relaciones positivas entre la práctica de AF y la felicidad.

### **2.3.3. Bienestar Psicológico**

Con relación al bienestar psicológico, estudios internacionales, como el realizado por Panza et al. (2017) en una muestra de adultos sanos, indican que existen relaciones positivas entre este y la práctica de AF, así como negativas entre la práctica de AF y la depresión. Es decir, que las personas que son físicamente activas tienen mayor bienestar psicológico y menos depresiones. Adicionalmente, una investigación realizada a 938 estudiantes universitarios concluye que la AF ayuda a percibir un menor estrés, por lo que promueve el bienestar psicológico (López-Walle, et al., 2020). Por otro lado, a nivel nacional, el estudio de Mesa-Fernández et al. (2022), el cual contaba con una muestra de 149 personas de más de 60 años, indicó que el bienestar psicológico no viene dado por la edad, sino por otros factores como la práctica de AF; es decir, que aquellas personas que son físicamente más activas suelen tener un mejor bienestar psicológico. De la misma manera, la investigación desarrollada por Granero-Jiménez et al. (2022), en la que participó una muestra de 489 personas adultas de entre 18 y 35 años, también concluyó que aquellas personas que hacían AF tenían un mayor bienestar psicológico.

### **2.3.4. Otras variables relacionadas con la Calidad de Vida: Flow, Salud Mental, Autoestima, Autoconcepto, Soledad y Apoyo Social**

Teniendo en cuenta la vinculación entre la práctica de AF con estas variables, encontramos numerosos estudios, tanto nacionales como internacionales, que las relacionan.

En primer lugar, si se analiza la práctica de AF y el Flow, el estudio realizado por Karlsen (2021), el cual contaba con una muestra de 103 personas de entre 19 y 62 años, concluye que existe una relación positiva y significativa entre las personas que realizan más AF y el Flow; por tanto, aquellas que hacen más ejercicio tienen mejores experiencias de Flow. Además, en la revisión sistemática realizada por Jackman et al. (2019) sobre la relación entre la AF y el Flow también se encontró esta relación positiva, siendo las personas más activas físicamente las que tenían niveles más altos de Flow.

Por otra parte, entendiendo que caminar es una forma de realizar AF, Kelly et al. (2018) realizaron una revisión bibliográfica sobre la relación existente entre caminar y la salud mental de las personas. La conclusión que extrajeron de esta revisión, en la que finalmente se seleccionaron 50 estudios, es que caminar mejora la salud mental de las personas. De la misma manera, Kandola y Stubbs (2020) concluyeron que el ejercicio físico reduce significativamente los síntomas de la ansiedad y, por tanto, mejora la salud mental de las personas. Finalmente, Oswald et al. (2020), en otra revisión bibliográfica, identificaron, en los 116 estudios revisados, que existe una relación entre las personas que corren, independientemente de la intensidad de la carrera, y la salud mental. En la mayoría de los casos esta relación es positiva, es decir, que las personas que corren tienen mejor salud mental que las que no lo hacen. Sin embargo, en algunos casos indican una relación adversa con la salud mental identificando una adicción a este ejercicio (correr). No obstante, estos autores apuntan como limitaciones de la investigación la falta de controles y la diversidad en la demografía de los participantes. Por su parte, en España, el trabajo desarrollado por Bisquet et al. (2020), con una muestra de 600 jóvenes universitarios, indica que aquellos que presentan mayores niveles de AF tienen una mejor salud mental.

Respecto a la relación de la práctica AF y la autoestima y el autoconcepto, el estudio realizado por Iwan et al. (2021), en el que participó una muestra de 217 personas adultas de 18 a 64 años, concluyó que las personas activas físicamente tenían mayores niveles de autoestima. Por su parte, en la investigación realizada por Suherman et al. (2019), con una muestra de 322 estudiantes universitarios, se encontró que existían relaciones estadísticamente significativas en casi todos los componentes del autoconcepto, salvo con respecto a la autoestima global.

A la hora de analizar la relación entre la práctica de AF y el apoyo social y la soledad emocional, nos encontramos varias investigaciones que avalan la misma. Por ejemplo, en el estudio realizado por Niedermeier et al. (2019) en población mayor (de 60 a 80 años), el apoyo social juega un papel muy importante. En él se indica que aquellas personas que son físicamente activas, gracias a la mediación del apoyo social, tienen una mejor CV. Por su parte, una investigación realizada en seis países, a población mayor de 50 años, para conocer la relación entre la práctica de AF y la soledad concluyó que las personas inactivas percibían mayor soledad (Vancampfort et al., 2019). Así mismo, otro estudio realizado en una muestra de 689 estudiantes alemanes comprobó que la inactividad física se relacionaba directamente con la soledad, es decir, que los estudiantes menos activos tenían mayor sensación de soledad social (Diehls et al., 2018).

En la figura 9 se sintetiza la propuesta teórica de la relación entre AF (formada por frecuencia, duración e intensidad), CV y sus componentes (bienestar subjetivo y psicológico), y aspectos personales y sociales asociados (salud mental, valoración del yo, *Flow*, apoyo social y soledad emocional) derivada de la revisión de la literatura científica.

**Figura 9.**

*Propuesta Teórica de la Relación entre Actividad Física, Calidad de Vida, Componentes de la Calidad de Vida y Conceptos Asociados*



Fuente: Elaboración Propia



## **CAPÍTULO 3**

### **ESTUDIO 1. ACTIVIDAD FÍSICA Y CALIDAD DE VIDA EN POBLACIÓN GENERAL**





### **3.1. Justificación**

Tal como hemos visto en el marco teórico de esta investigación, la AF tiene numerosos beneficios tanto físicos como psicológicos (Jiménez et al., 2008). A nivel de salud, muchos profesionales recomiendan que se realice algún tipo de ejercicio para mejorar o bien prevenir diferentes patologías (Castellano et al., 2013). La revisión realizada por Warburton et al. (2006) aporta amplia evidencia de que la AF regular contribuye a la prevención primaria y secundaria de varias enfermedades crónicas y se asocia con un riesgo reducido de muerte prematura. Existen numerosas investigaciones centradas en la influencia de la práctica de AF en la salud física, siendo más escasas aquellas relacionadas con la salud psicológica. Tradicionalmente, estas últimas no han tenido tanto desarrollo científico como las que versan sobre salud física.

El estudio sobre la relación del ejercicio y la salud psicológica ha ido adquiriendo más relevancia con los años. En las últimas décadas, la AF, además de considerarse un remedio para curar o prevenir enfermedades diversas, también se concibe como una sensación subjetiva de salud que redundaría en el bienestar, vinculando el concepto de salud al de CV (Devís, 2000; Reed y Buck, 2009; Stathi et al., 2002; Stubbe et al., 2007). Es por ello que el presente estudio trata de ahondar en la influencia que tiene la práctica de AF en la percepción subjetiva que tienen las personas sobre su CV, salud mental y emocional, ajuste social, percepción de uno mismo y la fluencia o estado óptimo.

A continuación, se va a realizar una revisión sobre el estado actual del tema que nos ocupa: por una parte, sobre las diferencias de género a la hora de practicar AF y las diferencias en función de la edad; y, por otra parte, sobre la relación entre la práctica de AF y la CV, y sus diferentes indicadores.

Son muchos los estudios que ponen de manifiesto las diferencias entre hombres y mujeres a la hora de hablar de AF. Por un lado, las diferencias de género en la práctica de AF no solo se producen en la edad adulta, sino que son visibles ya desde edades tempranas. En el estudio llevado a cabo por Balaguer y Castillo (2002) se constató una menor realización de ejercicio por parte de las chicas en comparación a los chicos en todos los segmentos de edad analizados (de 11 a 16 años). Según estas autoras, durante mucho tiempo el proceso de socialización ha provocado una inhibición deportiva por parte de la mujer, ya que se ha etiquetado el deporte como masculino. Esta situación social da lugar a que se transmitan creencias, actitudes y valores que fomentan la socialización del niño para practicar deporte, no siendo así en el caso de las niñas. En otro estudio de características similares (Castillo et al., 2007) también se confirma que las chicas son menos activas físicamente que los chicos. Además, en la investigación realizada por Alvariñas et al. (2009) con jóvenes estudiantes de educación secundaria, se corroboró que los chicos hacen más ejercicio que las chicas y, a su vez, lo hacen más frecuentemente con sesiones más duraderas. Asimismo, el análisis de la práctica de AF desde la perspectiva de género que se llevó a cabo en 2020 por Bisquert-Bover et al., con una muestra de 300 hombres y 300 mujeres, concluyó que había diferencias estadísticamente significativas en la práctica de AF entre mujeres y hombres, siendo estos últimos los que más ejercicio realizan.

Datos similares se han encontrado en investigaciones internacionales. En la investigación realizada en Bogotá con 3000 personas de entre 18 y 65 años (Gómez et al., 2005), se concluye que los hombres hacen más AF que las mujeres. El estudio de Troiano et al. (2008), realizado con una muestra representativa de la población de EE. UU, constata que la AF es mayor en hombres que en mujeres. Por su parte, Sun et al. (2013), en su revisión sistemática con muestras de personas de más de 65 años, también

encontraron que las mujeres tenían menos probabilidades que los hombres de realizar AF regular, cuando se mide por criterios subjetivos y objetivos. En la revisión realizada por Leech et al. (2014), en la que incluyeron 18 estudios con muestras de niños y adolescentes de 5 a 18 años, se observó que una mayor proporción de niños se encontraban en los grupos de alta AF, mientras que más niñas se encontraban en los grupos de baja AF. Finalmente, un estudio realizado en Latinoamérica con 219.803 menores de entre 5 a 17 años, indicó que las niñas hacen menos ejercicio que los niños (Brazo-Sayavera et al., 2021).

Por otra parte, la práctica de AF se va reduciendo progresivamente conforme aumenta la edad de los sujetos. En un estudio realizado con sujetos de la población española con edades entre 15 y 74 años (García-Ferrando, 2006) se observa que solamente el 37 % de la población realiza algún tipo de ejercicio. Además, se produce un descenso progresivo a medida que aumenta la edad.

De la misma manera, en varios estudios internacionales, entre los que destacan la investigación ya mencionada anteriormente de Gómez et al. (2005), el estudio desarrollado por Troiano et al. (2005) y el análisis realizado por Dai et al. (2014), se encontraron resultados similares. En el primero se constata que cuanto mayores son las personas, menos AF realizan. En el segundo, las mediciones objetivas indican que la AF disminuye drásticamente entre los grupos de edad entre la infancia y la adolescencia y continúa disminuyendo con la edad. Asimismo, en el tercero, tras el análisis de los datos de la Encuesta Nacional de Salud de la Población de Canadá, se indica que con el paso del tiempo las personas tenían más probabilidades de disminuir sus niveles de AF si tenían un nivel educativo más bajo (hombres y mujeres); se casaban (hombres); cogían o mantenían sobrepeso/obesidad (mujeres); seguían siendo fumadores regulares (hombres); empezaban a mantener o continuaban manteniendo costumbres insanas (hombres y

mujeres); desarrollaban o continuaban teniendo dolor en el cuerpo (mujeres); y adquirirían apoyo social o permanecían sin apoyo (hombres).

En resumen, atendiendo a las principales variables socio-demográficas, el estudio de Hallal et al. (2012) que describe los niveles de AF en todo el mundo con datos para adultos (15 años o más) de 122 países y para adolescentes (13-15 años) de 105 países concluye que el 31.1% (95% CI 30.9-31.2) de los adultos son físicamente inactivos, con proporciones que van desde el 17.0% (16.8-17.2) en el sudeste de Asia hasta el 43% en América y el Mediterráneo oriental. La inactividad aumenta con la edad y es más alta en las mujeres que en los hombres.

Aunque en el marco teórico de AF se ha hecho referencia a la relación entre AF y CV (pp. 145-148), aquí vamos a incidir en otros estudios que aportan evidencias empíricas sobre esta relación. Numerosos estudios realizados en distintos países sobre los efectos del deporte en la CV indican que existen diferencias significativas entre los sujetos sedentarios y los deportistas, de forma que las personas que hacen ejercicio físico habitualmente tienen mejor CV. En concreto, en el estudio de Jürgens (2006) con una muestra de 133 hombres y mujeres, los deportistas obtuvieron niveles más altos de CV en los dominios relaciones sociales, medio ambiente y funcionamiento psicológico. Además, la Percepción de Calidad de Vida (PCV) de las personas aumenta conforme aumenta el nivel de práctica de ejercicio. Resultados similares se han encontrado en estudios realizados en otros países (e.g., Demont-Heinrich, 2009) que indican que las personas inactivas tienen un 2.5% más de probabilidades de sentir que tienen peor CV que aquellas que hacen ejercicio durante su tiempo libre. Asimismo, en otra investigación desarrollada con adultos de entre 60 y 70 años del sur de Brasil (Porto et al., 2012) se sugiere que la mejora de la PCV se asocia de manera significativa con la práctica de AF. Además, un estudio experimental realizado con una muestra de 4.909 participantes,

elegidos al azar, con edades comprendidas entre 15 y 65 años, concluyó que las personas que practican AF, tienen una mejor PCV y están más satisfechos con su salud (Omorou et al., 2013). La mayoría de los 42 estudios incluidos en la revisión sistemática realizada por Vagetti et al. (2014) mostraron una asociación positiva entre la AF y la CV en personas mayores. Kang et al. (2018) también encuentran, en 332 personas mayores de 65 años en Corea del Sur, que la AF tuvo un efecto positivo significativo en la CV.

Teniendo en cuenta que el término bienestar subjetivo hace referencia a la satisfacción con la vida, a la felicidad y a la afectividad (Rodríguez y Goñi, 2011), se pueden encontrar varios estudios que han examinado la relación de estos conceptos con la práctica de AF.

En cuanto a la satisfacción, en España, diversas investigaciones han confirmado la existencia de relaciones positivas entre la práctica de AF y la satisfacción con la vida. En un estudio realizado por Barriopedro et al. (2001), se muestra que las personas de edad avanzada sedentarias presentan unos niveles más bajos de satisfacción que aquellas que realizan AF o actividades en grupo (no físicas), siendo los niveles de satisfacción de estos últimos similares. También en el estudio realizado por Molina et al. (2007) con estudiantes universitarios, se confirma la existencia de relaciones positivas entre la práctica de AF y la satisfacción con la vida en el caso de los hombres. Varios estudios internacionales llegan a conclusiones similares. La revisión bibliográfica realizada por Rejeski y Mihalko (2001) destaca la importancia de la satisfacción con la vida en su relación con la práctica de AF. La investigación realizada por McAuley et al. (2006) con personas mayores también pone de manifiesto que entre los comportamientos más saludables, la AF está estrechamente relacionada con una mejora de la CV y de la satisfacción con la vida de los individuos que la practican. De la misma manera, el estudio realizado por Huang y Humphreys (2012) indica que las personas con mejores accesos a

actividades y servicios deportivos participan más en AF y poseen mayor satisfacción con la vida. Maher et al. (2013), a través de dos estudios basados en registros diarios (estudio 1: 8 días,  $N = 190$ ; estudio 2: 14 días,  $N = 63$ ), concluyeron que las personas indicaban una mayor satisfacción con la vida durante los días en que eran más activos.

Por lo que respecta a la felicidad, la hipótesis que la relaciona positivamente con la AF o el ejercicio lleva en proceso de estudio desde hace años. En un estudio realizado por Carter (1977, citado en Márquez, 1995) se encontraron correlaciones positivas entre sentirse feliz y hábitos de ejercicio. Como posible explicación Carter argumentaba que la mayor felicidad estaba relacionada con cambios en el sistema nervioso a consecuencia del ejercicio, incrementos en los niveles de auto-eficacia, así como con mayores oportunidades para contactos sociales a través del ejercicio. En esta misma línea, Forrest y McHale (2011) encontraron, en una muestra de 27.989 adultos del Reino Unido, que las personas deportistas son más felices que las no deportistas. Además, el deporte tiene un efecto causal sobre la felicidad y la disponibilidad de instalaciones deportivas contribuye a la felicidad. En un estudio realizado con 104 personas mayores de 65 años, se concluyó que aquellas que hacen ejercicio son más felices que las sedentarias (Bohórquez et al., 2013). Del mismo modo, un estudio más reciente realizado con una muestra de 1238 personas de entre 18 y 70 años afirma que quienes practican más AF son más felices (Ruseski et al., 2014). Un análisis de los datos del Eurobarómetro 2002 de 15 países ( $n = 11.637$ ), realizado por Richards et al. (2015), constató una relación positiva entre la cantidad de AF y la felicidad. Por tanto, aumentar la cantidad de AF se asoció con niveles más altos de felicidad.

Respecto a la afectividad, un estudio realizado por Arruza et al. (2008) con una muestra de 1008 personas de entre 18 y 44 años de la provincia de Guipúzcoa, se determinó que las personas que hacen ejercicio incrementan su forma física, lo que

repercute en el estado de ánimo, disminuyendo las sensaciones negativas e incrementando las positivas. De la misma manera, un meta-análisis realizado en 2009 (Reed y Buck) indica que los programas de ejercicio físico aumentan la afectividad positiva de las personas que participan en ellos. Por otra parte, García et al. (2012) realizaron un estudio en el que no solo la AF mejora el afecto positivo y negativo, sino que estos actúan como predictores. Feuerhahn et al. (2014), con una muestra de 126 personas alemanas, que se basó en un registro de datos dos veces al día durante cinco días laborales consecutivos, constata que aquellas que realizan ejercicio después de trabajar tienen un mejor afecto positivo durante la noche.

La tradición eudaimónica, cuyo fin es la consecución de la felicidad entendida como plenitud de la persona, estudia el bienestar psicológico, que se centra en el despliegue de capacidades, el crecimiento personal y el desarrollo del potencial humano. Este, a su vez, está estrechamente vinculado con el *flow* o estado de flujo, centrado en las experiencias positivas. Diversos estudios nos muestran la relación del bienestar psicológico y del *flow* con la práctica de AF (e.g. García et al., 2012; Elbe et al., 2016; Edwards et al., 2005; Ersöz, 2016; Jiménez-Torres et al., 2011).

Por una parte, en una revisión crítica sobre la relación entre la AF y el bienestar psicológico se concluye que dicha relación es positiva y que el ejercicio regular y el deporte promueven el bienestar psicológico (Scully et al., 1998). Además, una investigación realizada en Sudáfrica con 277 participantes de entre 16 y 64 años muestra que las personas que hacen ejercicio tienen mayor bienestar psicológico que las que no lo hacen (Edwards et al., 2005). Estos investigadores consideran que el ejercicio físico mejora el bienestar psicológico debido a un incremento de la percepción de control, del autoconcepto, de la autoestima y de la autoeficacia. El estudio de García et al. (2012)



también encontró que el bienestar psicológico estaba relacionado con el ejercicio frecuente tanto en alumnos de educación secundaria como en trabajadores.

Por otro lado, analizando un concepto muy relacionado con el bienestar psicológico, el *flow*, encontramos un estudio realizado en 2005 (e.g., Moreno et al., 2005), con 1103 alumnos valencianos de segundo curso de secundaria, en el que se afirma que aquellos que realizan algún ejercicio fuera del horario escolar, poseen un mayor estado de *flow*. Según Kimiecik (2000), las personas quieren hacer ejercicio una y otra vez para obtener este estado mental positivo. En el estudio de Ersöz (2016), con 612 universitarios de Turquía, se halló que los deportistas en la etapa de mantenimiento del hábito de hacer ejercicio mostraron un mayor flujo disposicional que aquellos en la etapa de preparación. Basándonos en la teoría de Csikszentmihalyi's, podríamos plantear que el flujo causa emociones positivas y el flujo disposicional aumenta la participación en el ejercicio. Finalmente, en el estudio realizado por Elbe et al. (2016), con 79 mujeres noruegas que trabajaban en un hospital, con edades comprendidas entre 25 y 65 años, se concluyó que después de 18 semanas practicando ejercicio, se daba un aumento en el *flow* y este aumento era beneficioso para adherencia a la práctica habitual de AF.

En la misma línea de los estudios que relacionan la AF y el bienestar psicológico están aquellos que versan sobre la relación entre la práctica de ejercicio y la salud mental. Existen numerosas investigaciones que se han interesado por el rol que ejerce la AF en la prevención y tratamiento de los problemas de salud mental, debido a que se ha constatado un aumento importante entre la población general de trastornos como la depresión, la ansiedad y el estrés. En 2000, Fox, en su revisión sistemática, aportó fuerte evidencia de que el ejercicio puede ayudar a prevenir y tratar la depresión, una causa común de enfermedad mental y amenaza para el bienestar mental. También afirmó que la AF produce una reducción moderada de la ansiedad. Resultados similares se han encontrado

en estudios internacionales y nacionales. En una investigación realizada en Escocia (Hamer et al., 2009) a 19.842 encuestados de más de 16 años se observaron beneficios para la salud mental en las personas que realizaban AF. La revisión sistemática de Mammen y Faulkner (2013) concluyó que la AF tiene un efecto preventivo en el desarrollo de depresión futura. De la misma manera, un estudio realizado en la Comunidad de Madrid, con personas de entre 15 y 74 años (Rodríguez-Romo et al., 2015), mostró que las personas con niveles altos o moderados de práctica de AF, sobre todo si esta se practica durante el tiempo libre, tienen mejor salud mental y son menos vulnerables a padecer trastornos mentales.

Por otra parte, existe una línea de investigación que estudia la relación entre la práctica de AF y la percepción y aceptación de uno mismo. De esta manera, numerosos estudios centran su atención en la relación entre la autoestima y la práctica de ejercicio. Esta ha sido estudiada desde hace décadas. En una revisión realizada por Sonstroem en 1984, se concluyó que la mayoría de los estudios realizados hasta la fecha constataban que la práctica de AF se asociaba con un aumento de la autoestima. En estudios posteriores, McAuley et al. (2005) confirmaron que la AF influye de forma consistente en la autoestima, especialmente cuando se mide desde una perspectiva multidimensional y jerárquica. Además, numerosos estudios han mostrado que la autoestima es un predictor importante de la CV, como por ejemplo White et al. (2009). En el estudio que llevaron a cabo con 321 personas mayores, concluyen que los programas de AF que inciden en elementos relacionados con la autoeficacia, hacen que mejore la autoestima y con ello la CV.

En cuanto al autoconcepto, en una investigación realizada con 476 participantes brasileños y españoles de entre 19 y 30 años (e.g., Dieppa et al., 2008), se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la práctica de AF y el

autoconcepto general. Por el contrario, se aprecian diferencias significativas importantes entre la realización de ejercicio y el autoconcepto físico, teniendo mejor autoconcepto físico aquellas personas que hacen AF, coincidiendo con lo señalado por otros autores (e.g., Esnaola, 2005). Viendo la importancia que adquiere el autoconcepto físico en comparación con sus otras dimensiones, algunos autores optaron por utilizar únicamente este aspecto del autoconcepto cuando se trata su relación con la práctica de AF. De esta manera Goñi e Infante (2010) realizaron un estudio en el que se confirma la relación positiva entre la AF y el autoconcepto físico, siendo las personas que hacen ejercicio las que tienen mejor percepción física de sí mismas. La revisión sistemática y meta-análisis de Babic et al. (2014) concluye que los niveles de AF tienen un efecto débil a moderado en el autoconcepto físico.

Dejando a un lado la parte más psicológica de la CV, se va a describir ahora la dimensión más social y emocional y su relación con el ejercicio. Los estudios que han examinado el impacto de la familia y los amigos en la AF apoyan desde hace tiempo la influencia de este apoyo social en la AF (Zakarian et al., 1994). Dentro del dominio social/cultural, el apoyo social se ha relacionado con la práctica de AF moderada en el estudio de Springer et al. (2006). Actualmente existen varios estudios que demuestran que las personas que hacen AF cuentan con un fuerte apoyo social a nivel familiar y de amistades. Por ejemplo, un estudio realizado en Brasil con adolescentes de entre 14 y 19 años (Mendonça y Cazuya, 2015) indica que los adolescentes que recibieron más apoyo social de los familiares y amigos tenían más probabilidad de ser físicamente activos, lo que demuestra la importancia de la asociación de estos dos conceptos. También, un estudio realizado con una muestra de 3695 personas de entre 55 y 65 años (Van Dyck et al., 2015) concluyó que la relación entre el apoyo social percibido de familiares y amigos y la CV relacionada con la salud estaba mediada por la práctica de AF.

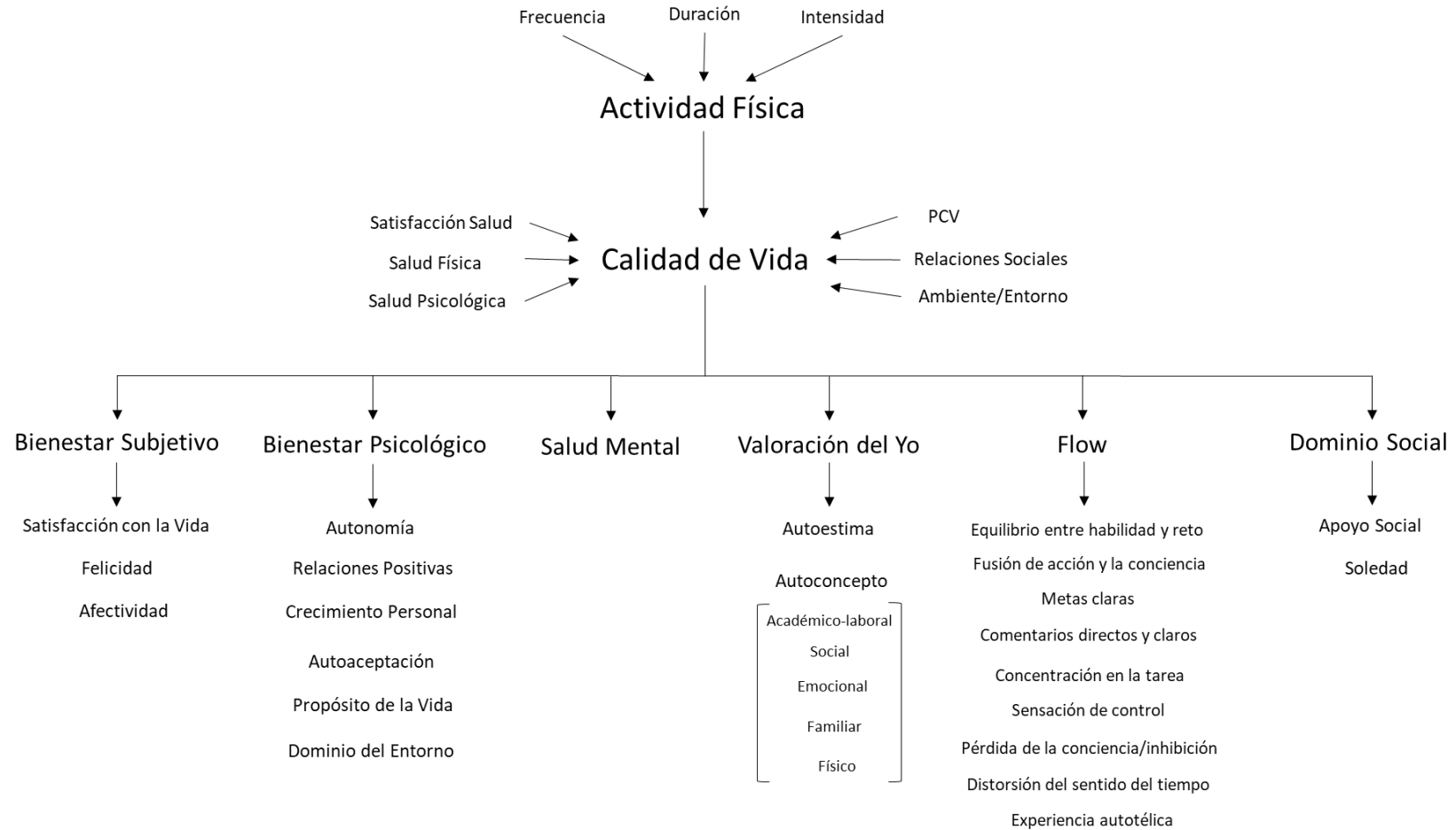
Por otra parte, a nivel emocional diversos estudios indican que las personas que hacen AF se sienten menos solas. Un estudio realizado con 228 mujeres de entre 77 y 96 años (Newall et al., 2013) indicó que la soledad era un importante predictor de la práctica de AF, siendo aquellas mujeres mayores que se sienten más solas las que hacen menos AF. De Freitas y Foureaux (2015) realizaron una revisión bibliográfica sobre los beneficios de la danza en la tercera edad y una de las conclusiones a la que llegaron es que las personas mayores que practican danza tienen una sensación de soledad más baja. Finalmente, un estudio realizado con una muestra de adolescentes de 14 a 19 años indica que los chicos que se matriculan en clases de educación física tienen más amigos. Asimismo, en el caso de las chicas se llegó a la conclusión de que la participación en las clases de educación física se asocia con una reducción de aislamiento social (Dos Santos et al., 2015).

Para finalizar este apartado es conveniente recordar la amplitud del concepto de CV y la estrecha relación que mantiene con otros componentes relacionados con el bienestar y la salud. De la misma manera, cabe destacar la importancia de la práctica de AF para que se den mejoras en todos ellos. La pretensión de este apartado es aportar una visión global del panorama actual sobre el estado de la cuestión que ayude a situarse en el tema de esta investigación (véase figura 10).

A continuación, profundizaremos en el estudio empírico realizado que trata de dar más consistencia a los datos aportados en la justificación.

**Figura 10.**

*Modelo Teórico de la Relación entre Actividad Física, Calidad de Vida, Bienestar, Aspectos Personales y Sociales*



Fuente: Elaboración Propia

## 3.2. Estudio Empírico

### 3.2.1. Objetivos

El objetivo general de este estudio es «conocer la relación existente entre la práctica de la AF, la CV y diferentes variables asociadas con la salud y el bienestar personal».

De este objetivo general se derivan los siguientes objetivos específicos:

- Analizar la relación entre la práctica de la AF y las variables socio-demográficas como el sexo y la edad.
- Conocer la agrupación de los participantes en el estudio en función de la frecuencia, duración e intensidad de la práctica de AF, y su relación con la edad y las variables relacionadas con la CV.
- Estudiar la relación que existe entre la AF y los componentes subjetivos de la CV (satisfacción con la vida, felicidad y afectividad), el bienestar eudaimónico (Bienestar Psicológico), el *flow*, el autoconcepto, la autoestima, la salud mental, el apoyo social y la soledad.
- Comprobar la influencia que tiene la AF en la CV y sus diferentes variables asociadas (satisfacción con la vida, felicidad, afectividad, bienestar psicológico, *flow*, autoconcepto, autoestima, salud mental, apoyo social y soledad).

### 3.2.2. Hipótesis

Teniendo en cuenta los objetivos planteados en función de los estudios previos sobre el tema que nos ocupa, se plantean las siguientes hipótesis:

1. En el caso de las hipótesis sobre las principales variables socio-demográficas se espera que:
  - 1.1. Los hombres sean más activos físicamente que las mujeres.

- 1.2. Además, a medida que aumenta la edad de las personas, disminuye la práctica de AF tanto de forma general como específicamente en hombres y en mujeres.
2. Las personas de la muestra se agruparán en función de la frecuencia, la duración y la intensidad de la AF en tres clústeres diferenciados: Sedentarios, Activos y Moderados. En función de estos tres perfiles diferentes, se espera que:
  - 2.1. Los Sedentarios sean los que puntúen más bajo en los tres indicadores de AF; los Activos sean los que puntúen más alto en los tres indicadores y los Moderados tengan puntuaciones intermedias en los tres indicadores.
  - 2.2. Existirán diferencias estadísticamente significativas entre estos grupos y la edad, siendo las personas más jóvenes las menos sedentarias.
  - 2.3. Existirán diferencias estadísticamente significativas entre estos grupos y las variables de CV empleadas en este estudio, siendo las personas Activas y Moderadas las que obtienen mejores resultados.
3. La práctica de AF estará relacionada positivamente con CV y sus indicadores. Es decir, las personas que practican más AF muestran una mayor CV, entendida como una percepción más positiva de su estado de salud. También está relacionada positivamente con:
  - 3.1. Los indicadores del Bienestar Subjetivo (felicidad, satisfacción con la vida, afectos positivos y negativos). Por tanto, las personas que hacen más ejercicio físico son más felices, están más satisfechas con la vida y muestran una mejor balanza de afectos.
  - 3.2. El bienestar psicológico. De forma que las personas que practican más AF son las que presentan un mejor bienestar psicológico.

- 3.3. El *flow*. Se espera que cuanto más ejercicio se haga, más capacidad de fluencia tendrá la persona.
- 3.4. La Salud Mental, la Autoestima y el Autoconcepto. Es decir, las personas que realizan más ejercicio físico muestran una mejor salud mental, tienen una mejor autoestima y autoconcepto.
- 3.5. El apoyo social y la soledad. Por lo que a mayor práctica de AF mayor será el apoyo social y menos sola se sentirá la persona.
4. Ante la controversia que existe acerca de la relación entre la AF y la CV, se espera encontrar que, aunque la práctica de AF será un predictor de las distintas dimensiones de la CV y de la PCV, atendiendo a la literatura que ha mostrado el poder predictor de algunas de las variables relacionadas con el bienestar, otras dimensiones como la satisfacción con la vida o el autoconcepto mostrarán un peso predictor mayor.
5. La CV mediará la relación entre la AF y el bienestar subjetivo. Es decir, las 4 dimensiones de la CV (salud física, psicológica, relaciones positivas y entorno) tendrán un efecto mediador entre la AF y las tres dimensiones del bienestar subjetivo (cognitivo: satisfacción con la vida) (afectivo: felicidad y balanza de afectos).
6. El modelo que propone la mediación de la CV en la relación entre la AF y el bienestar subjetivo tendrá un mejor ajuste que el modelo que propone la mediación de la CV entre la AF y el bienestar psicológico. Tal como se ha observado en la literatura previa, el bienestar psicológico tiene una relación muy directa con la práctica de AF, pues muchos estudios demuestran que la CV de las personas mejora cuando estas hacen un ejercicio físico continuado. Sin embargo, a pesar de que diversos estudios indican que también hay una relación estrecha entre el bienestar subjetivo y la práctica de AF, esta no es tan contundente y muchas veces requiere de otros componentes que



medien entre ambas, pues es un constructo compuesto por diferentes variables (satisfacción con la vida, felicidad y afectividad) de tipo más subjetivo.

### **3.2.3. Método**

En este primer estudio se ha aplicado un diseño característico del método cuantitativo: descriptivo, de tipo correlacional y transversal.

En este diseño no se ha tenido un control absoluto de las posibles variables extrañas. Este tipo de diseño es uno de los más habituales entre los estudios empíricos realizados en contextos naturales y de tipo social (Cubo et al., 2011). La manipulación de las variables independientes no puede realizarse mediante la selección de valores ya que se trata de estudiar, en algunos casos, la relación entre una variable independiente de sujeto (e.g. edad, sexo, etc.) y una variable dependiente (CV, Autoestima, etc.) expresada en términos comportamentales. No obstante, la replicación continuada puede ser una solución a esto ya que la constancia en los resultados encontrados en la variable dependiente se debe a la manipulación ejercida en la variable independiente (Campbell y Stanley, 1966; Pereda, 1987).

Además, es un diseño de tipo descriptivo porque pretende describir hechos y características de una muestra de Burgos de forma objetiva y comprobable. Una de sus características es la ausencia de manipulación experimental que hace que el investigador se limite a medir y observar datos estandarizados para todos los sujetos de manera que quede garantizada la comparabilidad de dichos datos. Se ha procedido a la recopilación de los datos, para obtener información, a través de encuestas de forma sistémica (Arnau, 1995).

Se considera transversal porque los datos se han recopilado en un solo momento temporal, lo que hace que solamente exista un corte puntual en el tiempo en el que se

obtienen las medidas que se analizan. También, es un diseño correlacional porque se investigan dos o más variables tratando de establecer relaciones entre ellas.

### **3.2.3.1. Tipo de muestreo**

El tipo de muestreo aplicado en este estudio ha sido no probabilístico, específicamente se ha obtenido la muestra por el procedimiento denominado de conveniencia. La administración del cuestionario se realizó en diferentes facultades de la Universidad de Burgos, en varios clubes deportivos, en Centros Cívicos y en gimnasios o centros donde se realizan clases guiadas de AF, entre otras. Se utilizó también el muestreo por bola de nieve, contactando inicialmente con un grupo de personas a partir de las cuales se fue aumentando el número de participantes en el estudio.

### **3.2.3.2. La Muestra**

La muestra de este estudio está formada por 276 burgaleses. Sus edades están comprendidas entre 18 y 84 años ( $M = 34.00$ ;  $DT = 19.01$ ). Se cuenta con una muestra equilibrada en lo que se refiere al género puesto que un 50 % son hombres y un 50 % mujeres.

Si dividimos la muestra en función del género, encontramos que la media de edad de los hombres ( $M = 31.46$ ;  $DT = 17.05$ ) es significativamente inferior a la de las mujeres ( $M = 36.54$ ;  $DT = 20.54$ ) ( $t_{(264,998)} = -2.239$ ,  $p = .026$ ). La tabla 10 nos muestra el porcentaje acumulado de hombres y mujeres divididos en grupos de edad. Tal como se observa, en ambos casos el grupo más numeroso es el de jóvenes de 18 a 30 años, donde se acumula más de la mitad de la muestra.

**Tabla 10.***Descripción de la muestra en función de la edad y el género*

Grupos de Edad	Hombres		Mujeres	
	N	%	N	%
18 – 30 años	91	65.9 %	77	55.8 %
31 – 45 años	24	17.4 %	20	14.5 %
46 – 60 años	10	7.2 %	14	10.1 %
Más de 60 años	13	9.4 %	27	19.6 %
Total	138	100%	138	100%

Si valoramos el estado de salud de la muestra, se trata de una población sana. El 85.5 % ( $n = 236$ ) afirma no padecer ninguna enfermedad y tan solo un 13.4 % ( $n = 37$ ) padece alguna enfermedad (1.1 % perdidos del sistema). De las personas que padecen una enfermedad (13.4 %,  $n = 37$ ), un 83.8 % ( $n = 31$ ) la padecen de forma crónica, y un 89.2 % ( $n = 33$ ) necesita medicarse. La tabla 11 muestra los tipos de problemas que padecen las personas enfermas, siendo los más habituales los problemas hormonales (18.9 %), los coronarios (18.9 %) y los óseos (16.2 %).

**Tabla 11.***Descripción de la muestra en función de las enfermedades*

	N	%
Problemas hormonales	7	18.9 %
Problemas coronarios	7	18.9 %
Problemas óseos	6	16.2 %
Problemas musculares	2	5.4 %
Enfermedades comunes	2	5.4 %
Problemas respiratorios	1	2.7 %
Problemas en la piel	1	2.7 %
Problemas de próstata	1	2.7 %
Problemas en el aparato digestivo	1	2.7 %
Cáncer	1	2.7 %
Perdidos del sistema	8	21.6 %
Total	37	100 %

Los datos sobre la situación laboral de esta muestra se pueden ver en la tabla 12. Como se puede observar, la gran mayoría son estudiantes, algo más de la mitad de la

muestra (53.3%). La ocupación muestra una relación significativa con el sexo ( $\chi^2_{(276)} = 10.615, p = .014$ ). Los residuos ajustados indican que mientras la proporción de mujeres jubiladas es mayor de lo esperado (2.9), la de hombres que trabajan es mayor al esperado (2.2).

**Tabla 12.**

*Descripción de la muestra en función de la situación laboral*

Situación Laboral	Total		Hombres		Mujeres	
	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Estudiante	130	47.1 %	66	47.8%	64	46.4%
Trabajo remunerado	83	30.1 %	50	36.2%	33	23.9%
Jubilado/Pensionista	46	16.7 %	14	10.1%	32	23.2%
Estudiante/Trabajo remunerado	17	6.2 %	8	5.8%	9	6.5%
Total	276	100%	138	100%	138	100%

Teniendo en cuenta el nivel de estudios finalizados de las personas que forman la muestra, un 61.2 % ( $n = 169$ ) ha terminado bachillerato o FP, un 15.2 % ( $n = 42$ ) posee el graduado escolar, el 10.1 % ( $n = 28$ ) son licenciados, el 8 % ( $n = 22$ ) han cursado una diplomatura, un 4 % ( $n = 11$ ) no tiene estudios y un 0.7 % ( $n = 2$ ) son doctores. Dos personas no han aportado esta información. Cabe destacar que un 68 % de las personas que dicen haber terminado Bachillerato o FP se encuentran estudiando una carrera universitaria.

En la tabla 13 se pueden observar las carreras que están cursando aquellas personas que afirman ser estudiantes. Tal como se ve, el 15.6 % no está estudiando una carrera, algo más de la mitad están estudiando carreras relacionadas con la Educación (55.1 % Magisterio y Educación Social), y los demás casos suman un 29.3 % que están repartidos en otras carreras. Esta muestra desigual se debe a que se ha tenido más facilidades para administrar los cuestionarios en la Facultad de Humanidades y Educación.

**Tabla 13.***Descripción de la muestra en función de los estudios cursados*

	<i>N</i>	%
No estudia ninguna carrera	23	15.6 %
Magisterios	63	42.9 %
ADE - LADE – DADE	3	2 %
Ingeniería	11	7.5 %
Enfermería o Auxiliar Enfermería	4	2.7 %
INEF	1	0.7 %
Educación Social	18	12.2 %
Relaciones Laborales	3	2 %
Humanidades	4	2.7 %
Terapia Ocupacional	5	3.4 %
Derecho	4	2.7 %
Químicas	2	1.4 %
Comunicación Audiovisual	3	2 %
Psicología	1	0.7 %
Turismo	2	1.4 %
<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>100 %</b>

En cuanto al estatus marital, como se muestra en la tabla 14, las personas solteras son las que tienen una mayor presencia, seguidas de las personas que viven con su pareja y las que tienen pareja, pero no conviven. Los porcentajes menores corresponden a las personas separadas y viudas. El análisis muestra una relación significativa entre el sexo y el estado civil ( $\chi^2_{(276)} = 13.213, p = .010$ ). Los residuos ajustados señalan que la proporción de mujeres viudas es mayor de lo esperado (3.1), mientras que, en el caso de los hombres, el porcentaje de solteros es mayor al esperado (2.5).

**Tabla 14.***Descripción de la muestra en función de su situación personal*

Estado Civil	Total		Hombres		Mujeres	
	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Soltero/a	125	45.3 %	73	52.9 %	52	37.7 %
Casado/a o con pareja cohabitando	81	29.3 %	37	26.8 %	44	31.9 %
Con pareja sin cohabitar	50	18.1 %	24	17.4 %	26	18.8 %
Separado/a	4	1.4 %	2	1.4 %	2	1.4 %
Viudo/a	16	5.8 %	2	1.4 %	14	10.1 %
<b>Total</b>	<b>276</b>	<b>100 %</b>	<b>138</b>	<b>100 %</b>	<b>138</b>	<b>100 %</b>

A continuación, se describe la muestra en función de la práctica de AF. La tabla 15 expone los 3 grupos de práctica de AF (grupos creados según Jiménez et al., 2008 – véase instrumentos de medida, variable de AF). En ella podemos observar que un 21 % no hace ningún tipo de ejercicio. Por otro lado, casi la mitad de las personas que participan en este estudio hacen AF de manera regular.

**Tabla 15.**

*Descripción de la muestra en función del nivel de práctica de AF*

	<i>N</i>	%
No practica AF	58	21 %
Esporádica	79	28.6 %
Regular	135	48.9 %
Perdidos	4	1.4 %
Total	276	100 %

Para medir la práctica de AF se han empleado las variables frecuencia, duración e intensidad (véase instrumentos de medida, variable de AF).

En la tabla 16 está detallada la frecuencia de la práctica de AF (e.g. 2 días a la semana). Tal como indican los datos, de las personas que hacen AF, son los que lo hacen entre 2 y 3 veces por semana el grupo más mayoritario (42.9 %) y son los que hace ejercicio 6-7 veces por semana el grupo más minoritario con un 7.8 %.

**Tabla 16.**

*Frecuencia de la práctica de AF*

	<i>N</i>	%
Practica < 1 vez por semana	29	13.4 %
Practica 1 vez por semana	40	18.4 %
Practica 2-3 veces por semana	93	42.9 %
Practica 4-5 veces por semana	38	17.5 %
Practica 6-7 veces por semana	17	7.8 %
Total	217	100 %

Nota. 1 persona que hace AF no aporta datos

También, haciendo referencia a la frecuencia con la que se practica AF y siguiendo las recomendaciones de salud del *American College of Sport Medicine - ACSM* (Haskell et al., 2007) (pp. 116-117), se divide la muestra en tres grupos: a) los que hacen AF de manera poco frecuente como para que se den mejoras en la salud tanto física como psicológica y en la CV (una o menos de una vez a la semana); b) los que hacen AF lo suficiente para que la CV y la salud física y psicológica mejoren (entre dos y cinco veces a la semana); c) los que hacen más de lo necesario para que se den mejoras en la CV y en la salud (física y psicológica) (seis o más de seis veces a la semana). La tabla 17 indica que la mayoría de las personas que hacen AF lo hacen de manera saludable (60.4 %).

**Tabla 17.**

*Frecuencia de la práctica de AF saludable*

	<i>N</i>	%
Poco para que haya mejoras	69	31.8 %
Suficiente para que haya mejoras	131	60.4 %
Más de lo necesario para que haya mejoras	17	7.8 %
<b>Total</b>	<b>217</b>	<b>100 %</b>

Los datos de la tabla 18 muestran la duración de las sesiones de AF (e.g. 30 minutos) y en ella se observa que la mayoría de las personas que hacen AF lo hacen con una duración de entre 40 minutos y más de 1 hora (71.8 %) y son muchos menos los que hacen AF con poca duración (entre 10 y 40 minutos) (26.7 %).

**Tabla 18.**

*Duración de las sesiones de AF*

	<i>N</i>	%
10 – 19 minutos	20	9.2 %
20 – 29 minutos	17	7.8 %
30 – 39 minutos	21	9.7 %
40 – 49 minutos	32	14.7 %
50 – 60 minutos	76	35 %
Más de 60 minutos	48	22.1 %
Perdidos	3	1.4 %
<b>Total</b>	<b>217</b>	<b>100 %</b>

Según los expertos (Miguel et al., 2001), para realizar AF con una duración adecuada para que se consigan mejoras en la salud física y mental, y en la CV, se deben invertir al menos 20 minutos. En la tabla 19 se observa que la mayor parte de personas que hacen AF emplean el suficiente tiempo para que sea una actividad que beneficie su salud (89.4 %).

**Tabla 19.**

*Duración de las sesiones de AF saludable*

	<i>N</i>	%
Poco para ser saludable	20	9.2 %
Saludable	194	89.4 %
Perdidos	3	1.4 %
Total	217	100 %

Respecto a la Intensidad, la tabla 20 muestra que casi las dos terceras partes de la muestra hacen AF con una intensidad entre el 40 % y el 70 % (62.3 %), es decir, se encuentra situada en los grupos intermedios de intensidad. Practican AF de manera más suave un 31.3 % y son minoritarios los que hacen AF de manera más intensa (5.1 %).

**Tabla 20.**

*Intensidad de las sesiones de AF*

	<i>N</i>	%
Muy muy suave (10%)	5	2.3 %
Muy suave (20%)	12	5.5 %
Bastante suave (20%)	51	23.5 %
Algo duro (40% - 60%)	88	40.6 %
Duro (70%)	47	21.7 %
Muy duro (80% - 90%)	11	5.1 %
Muy muy duro (100%)	0	0 %
Perdidos	3	1.3 %
Total	217	100 %

A la hora de trasladar estos datos para comprobar si la intensidad empleada es o no saludable (véase instrumentos de medida, variable de AF) según los expertos (Van



Amersfoort, 1996) en la tabla 21 se observa que más de las dos terceras partes de las personas que hacen AF, lo hacen con una intensidad saludable (67.3 %). Un 31.3 % lo hace con poca intensidad como para que influya en la salud y no hay ninguna persona que haga ejercicio demasiado intenso.

**Tabla 21.**

*Intensidad de las sesiones de AF saludable*

	<i>N</i>	%
Poco para ser saludable	68	31.3 %
Saludable	146	67.3 %
Demasiado para ser saludable	0	0 %
Perdidos	3	1.4 %
Total	217	100 %

Por otra parte, haciendo referencia al lugar donde las personas hacen ejercicio, en la tabla 22 se muestra que casi las dos terceras partes de las personas que afirman hacer AF lo hacen por su cuenta (63.1%), siendo un 31.8 % los que pertenecen a algún club deportivo.

**Tabla 22.**

*Lugar donde se practica AF*

	<i>N</i>	%
En un club deportivo	69	31.8 %
Por su cuenta	137	63.1 %
Perdidos	11	5.1 %
Total	217	100 %

Finalmente, en la tabla 23 se puede observar que, entre los estudiantes, solamente un 40% hace AF de manera regular. El análisis de residuos ajustados indica que la frecuencia es inferior a la esperada (-3.0). Por otro lado, el 73.8% de los jubilados hacen AF regularmente y los análisis de residuos ajustados indican que la frecuencia es superior a la esperada (3.4) [ $\chi^2_{(272)} = 17.593, p = .007$ ].

**Tabla 23.***Relación entre los grupos de AF y la ocupación*

		Sedentario	Esporádico	Regular	Total
Estudia	N	36	42	52	130
	N esperada	27.7	37.8	64.5	130
	% ocupación	27.7 %	32.3 %	40 %	100 %
	% en grupos	62.1 %	53.2 %	38.5 %	47.8 %
	Residuos ajustados	2.5	1.1	-3.0	
Trabaja	N	13	26	44	83
	N esperada	17.7	24.1	41.2	83
	% ocupación	15.7 %	31.3 %	53 %	100 %
	% en grupos	22.4 %	32.9 %	32.6 %	30.5 %
	Residuos ajustados	-1.5	.5	.7	
Jubilado	N	4	7	31	42
	N esperada	9.0	12.2	20.8	42
	% ocupación	9.5 %	16.7 %	73.8 %	100 %
	% en grupos	6.9 %	8.9 %	23 %	15.4 %
	Residuos ajustados	-2.0	-1.9	3.4	
Estudia y Trabaja	N	5	4	8	17
	N esperada	3.6	4.9	8.4	17
	% ocupación	29.4 %	23.5 %	47.1 %	100 %
	% en grupos	8.6 %	5.1 %	5.9 %	6.3 %
	Residuos ajustados	.8	-.5	-.2	
Total	N	58	79	135	272

**3.2.3.3. Procedimiento de recogida de datos**

La recogida de datos se llevó a cabo entre 2012 y 2014. El tiempo necesario para contestar el cuestionario se establece entre 30 y 45 minutos aproximadamente. La participación en el estudio fue voluntaria y totalmente anónima.

Primeramente, se dio la opción de participar en el estudio a los estudiantes de la Facultad de Humanidades y Educación de Burgos. En este caso se contactó con varios profesores que permitieron que se entrara en el aula para explicar a los alumnos el estudio. Se dieron las instrucciones pertinentes para rellenar el cuestionario, se solucionaron las dudas y, finalmente, los alumnos se llevaron el cuestionario para rellenarlo en casa, dada su extensión. Lo devolvieron debidamente cumplimentado al día siguiente. Además, se les propuso la opción de que participasen en el estudio algunos amigos y familiares, por

lo que, a aquellos interesados, se les entregó más de una encuesta. Una vez recopilados todos los cuestionarios, el profesor se encargó de su devolución a la persona responsable del estudio.

Posteriormente, se contactó con el director de la Escuela Politécnica y se solicitó un permiso para utilizar un espacio en la Escuela Politécnica a fin de poder informar y encuestar a los estudiantes con el objetivo de completar la muestra.

También se solicitó un permiso en la residencia de estudiantes Camino de Santiago. En este caso, se explicaron las instrucciones a las personas responsables de la residencia para que las trasladasen a los residentes. Se propuso el plazo de 15 días para que los residentes que estuviesen interesados rellenasen los cuestionarios. Una vez finalizado el plazo, se recogieron las encuestas.

Por otro lado, se solicitó permiso al Club de Jubilados de Caja de Burgos para poder encuestar a los usuarios de dicho club. En este caso los cuestionarios se cumplimentaron durante varias sesiones en grupo dirigidas por la persona responsable de este estudio. Se repartía el cuestionario a cada persona, se leían las preguntas en alto, se aclaraban las dudas y cada uno marcaba su opción en su encuesta.

De la misma manera, se contactó con varias personas que realizasen clases guiadas en centros deportivos y otras instalaciones y se les explicó la finalidad del estudio. Se les dieron las instrucciones necesarias para cumplimentar el cuestionario y ellos mismos se encargaron de facilitar las encuestas y las indicaciones para su cumplimentación a las personas que asistían a sus clases y que estuviesen interesadas en participar en el estudio. Una vez recogidos los cuestionarios contestados, se contactó con la persona responsable del estudio para entregarle los mismos.

Finalmente se consiguió acceso a dos empresas burgalesas a través de dos trabajadores y estos se encargaron de explicar la finalidad del estudio y de dar las indicaciones para cumplimentar la encuesta a las personas del trabajo interesadas en participar. Se les dio un plazo de una semana por turno para entregar los cuestionarios. Una vez recogidos por el trabajador, este contactó con la persona responsable del estudio para entregarlos.

#### **3.2.3.4. Instrumentos de medida**

Para la recogida de información se creó un cuestionario compuesto por: datos sociodemográficos; cuatro preguntas sobre AF (frecuencia, duración, intensidad y lugar de realización); y diferentes escalas validadas y fiables sobre CV y bienestar subjetivo, salud mental, autoestima, autoconcepto y apoyo social. Todos estos elementos se detallan a continuación.

#### **Variables Sociodemográficas**

Para medir las variables socio-demográficas se utilizaron los siguientes ítems:

- **Sexo.** Medido con una escala nominal dicotómica: Varón (1) Mujer (2)
- **Edad.** Se aplicó un ítem abierto en el que se preguntó el año de nacimiento y la edad.
- **Ocupación.** Se midió con una escala nominal de 4 opciones de respuesta en la que se podía marcar más de una opción: Estudiante (1), Trabajo remunerado (2), En paro (3), y Jubilado o pensionista (4).
- **Estatus marital.** También se utilizó una escala nominal con 5 opciones de respuesta: Soltero (1), Casado o con pareja cohabitando (2), Con pareja sin cohabitar (3), Viudo (4) y Separado (5).

- **Nivel de estudios.** En este caso la escala que se utilizó fue nominal con 6 opciones de respuesta: Doctorado (1), Licenciatura (2), Diplomatura (3), Bachillerato/FP (4), Graduado Escolar o E.S.O. (5), Sin estudios (6); y en el caso de que estuvieran cursando una carrera se les preguntó cuál y en qué curso estaban.
- **Estado de salud.** Se utilizaron 3 preguntas para valorar el estado de salud: ¿Padece alguna enfermedad? Si (1), No (2). Indique qué enfermedad; ¿La enfermedad que padece es crónica? Si (1), No (2); ¿La enfermedad que padece precisa medicación? Si (1), No (2).

### **Variable de Actividad Física**

Según se muestra en la literatura previa (Arruza et al., 2008; De la Cruz-Sánchez et al. 2011; Infante y Goñi, 2009; Jiménez et al. 2008; Molina, 2007), para medir la AF es necesario tener en cuenta tres parámetros: frecuencia, veces por semana en que se practica AF; duración, tiempo dedicado a cada sesión de ejercicio físico; e intensidad, esfuerzo realizado durante el entrenamiento. Además, también se preguntó por el lugar donde se realizaba el ejercicio (en un club deportivo o por cuenta propia). A continuación, se detallan cada uno de ellos y el indicador creado para medir la AF:

- **Frecuencia**

Las preguntas sobre la frecuencia hacen referencia a la cantidad de veces que se practica AF a la semana. Para medir la frecuencia se ha seguido *The Health Behavior in Schoolchildre* 1985/1986 (HBSC), creado por la OMS, en su versión traducida al castellano y adaptada a estudiantes universitarios de Balaguer y Castillo (2002), Inventario de Conductas de Salud en Escolares. Este instrumento de medida consta de diversas variables con múltiples indicadores: AF y deporte, hábitos de alimentación, tabaco, alcohol, drogas, higiene dental, consumo de vitaminas y hierro, conductas de

riesgo y seguridad, hábitos de descanso, consumo de medicamentos y tiempo libre. En este estudio solamente se han utilizado las preguntas que hacen referencia a la variable AF, en concreto las que corresponden a la frecuencia de la práctica de AF. En la tabla 24 se pueden ver las opciones de respuesta planteadas en el cuestionario junto con el enunciado introductorio. La distribución fue la siguiente:

**Tabla 24.**

*Frecuencia de AF*

---

*Entendiendo como Actividad Física cualquier actividad que haga trabajar al cuerpo más fuerte de lo normal, usted:*

- No practica actividad física (0)
  - Practica actividad física menos de 1 vez por semana (1)
  - Practica actividad física 1 vez por semana (2)
  - Practica actividad física 2-3 veces por semana (3)
  - Practica actividad física 4-5 veces por semana (4)
  - Practica actividad física 6-7 veces por semana (5)
- 

Según Haskell et al. (2007), quienes realizaron una revisión de las recomendaciones de salud en lo referente a la AF del ASCM, para que la realización de ejercicio produzca beneficios en la salud física y psicológica y en la CV de las personas, es necesario que se practique con una frecuencia de entre 3 y 5 días a la semana como mínimo, siendo la mejor opción hacer ejercicio todos los días. Para realizar esta recodificación, puesto que 3 de las opciones de la escala HBSC (1985/86) estaban compuestas por un intervalo de días, se determinó tomar como referencia el máximo de cada opción quedando repartidas de la siguiente manera: la opción 1 y 2 de la escala configuran el punto 1 en la recodificación, la opción 3 y 4 pertenecen al punto 2 y la 5 forma el punto 3. De esta manera se aunaba en el punto intermedio las opciones de 3 a 4, frecuencia recomendada. Por lo tanto, la variable quedó recodificada de la siguiente manera: 1. Poco (personas que

hacen AF con poca frecuencia); 2. Suficiente (personas que hacen AF con una frecuencia suficiente); 3. Máxima (personas que hacen AF con la mayor frecuencia posible).

- **Duración**

La duración se refiere al tiempo que se emplea en cada sesión de AF. En este caso también se ha creado esta variable teniendo en cuenta el HBSC (traducida y adaptada por Balaguer y Castillo, 2002) y se han empleado las preguntas referentes a la duración de la práctica de AF. En el cuestionario la pregunta aparece formulada de la siguiente manera (véase tabla 25):

**Tabla 25.**

*Duración de AF*

---

*Ahora deberá contestar a unas preguntas que hacen referencia a la duración de cada una de las sesiones en las que practica actividad física:*

- 10-19 minutos (1)
  - 20-29 minutos (2)
  - 30-39 minutos (3)
  - 40-49 minutos (4)
  - 50-60 minutos (5)
  - Más de 60 minutos (6)
- 

Al igual que con la variable «frecuencia», la duración se recodificó siguiendo las recomendaciones de Haskell et al. (2007) que dicen que para que se considere que se practica AF de una manera suficiente para que se produzcan mejoras, es necesario que se haga ejercicio con una duración de entre 20 y 60 minutos. Por tanto, se crearon únicamente dos grupos: 1. Poco (las sesiones de AF duran demasiado poco como para que haya mejoras); 2. Saludable (hacen AF con una duración adecuada para que haya mejoras). El primer grupo se corresponde con la opción 1 de la escala y el segundo grupo lo conforman las demás opciones.

- **Intensidad**

Para medir la intensidad se realizó una adaptación de la Escala de esfuerzo percibido de Borg (1998). Según esta escala se entiende por esfuerzo percibido el acto de detectar e interpretar sensaciones que provienen del cuerpo durante el ejercicio (Noble y Robertson, 1996). Durante la prueba, se va preguntando periódicamente a los sujetos por el nivel de esfuerzo que perciben y se completa una tabla que va de 6 a 20 indicando el nivel de esfuerzo percibido, siendo 6 el menor esfuerzo y 20 un esfuerzo máximo.

Esta escala está diseñada para administrarse en situación de laboratorio, pero, dado su elevado coste y las dificultades logísticas asociadas a su utilización, en el presente estudio no fue posible emplearla. Por ello, la escala de esfuerzo percibido sirvió solo como orientación para que la persona indicase, a su juicio, el nivel de esfuerzo que consideraba hacía en cada sesión de AF. Por tanto, el interés de la variable intensidad de nuestro estudio radica solamente en el conocimiento aproximado del nivel de esfuerzo que realiza cada persona. A continuación, se muestran las preguntas relacionadas con la variable intensidad que se incluyeron en el cuestionario administrado (véase tabla 26):

**Tabla 26.**

*Intensidad de AF*

---

*Siendo la intensidad en la práctica de actividad física el porcentaje de trabajo en relación a la capacidad máxima que tiene una persona y sabiendo que este concepto es una percepción personal, cuando usted realiza ejercicio, lo hace con una intensidad:*

- No hago esfuerzo (0)
  - Muy muy suave 10% (1)
  - Muy suave 20% (2)
  - Bastante suave 30% (3)
  - Algo duro 40% - 60% (4)
  - Duro 70% (5)
  - Muy duro 80% - 90% (6)
  - Muy muy duro 100% (7)
-



Como se puede ver en la tabla 26, se han mantenido las indicaciones verbales y la correspondencia de los porcentajes, pero se han suprimido las equivalencias con la frecuencia cardíaca y la puntuación ha variado quedando una medición de 0 a 7 (para más información véanse las páginas 137-138).

Por otra parte, según Van Amersfoort (1996) la intensidad recomendada para hacer AF de una manera saludable se encuentra entre el 50 % y el 85 %. Puesto que la escala está formada por 8 opciones de respuesta de las cuales 2 son intervalos y dado que no es posible realizar una medición adecuada cuando se trata de intervalos, se optó por seleccionar el punto intermedio de las mismas para poder hacer una correcta recodificación quedando la opción 4 = 50% y la opción 6 = 85%. De esta manera la recodificación de la escala quedó de la siguiente forma: 1. Las sesiones de AF no tienen una intensidad suficiente (menos del 50%; personas que respondieron del 0 al 3); 2. La intensidad es adecuada (entre el 50% y el 85%; personas que respondieron del 4 al 6); y 3. AF demasiado intensa (más del 85%; personas que respondieron 7).

- **Lugar**

En este apartado se pretende que los sujetos indiquen si practican AF por su cuenta o si, por el contrario, pertenecen a un club deportivo donde hacen ejercicio. Las preguntas empleadas fueron las siguientes: Practica actividad física dentro de un club deportivo (1); Practica actividad física por su cuenta (2).

- **Indicador de Actividad Física**

El indicador de AF se creó multiplicando el número de veces por semana que la persona hacía algún tipo de práctica de AF (frecuencia) y el tiempo empleado en cada sesión (duración) para obtener el tiempo total dedicado a la práctica de AF (variable cuantitativa) (Kriska y Caspersen, 1997).

No obstante, para poder dividir en grupos la muestra en función de la práctica de AF, se creó un segundo indicador (variable cualitativa o categórica, empleando la frecuencia y la duración de la práctica de AF, tal como hizo Molina (2007) y tomando como referencia el estudio de Jiménez et al. (2008). De esta manera, se crearon los siguientes 3 grupos de práctica de AF (véase tabla 27):

**Tabla 27.**

*Indicador de Actividad física*

FRECUENCIA		DURACIÓN		VALOR
Enunciado	Cod.*	Enunciado	Cod.*	
No practica actividad física	0	-	-	1
Practica actividad física menos de 1 vez por semana	1	10-19 minutos	1	2
		20-29 minutos	2	
		30-39 minutos	3	
		40-49 minutos	4	
		50-60 minutos	5	
		Más de 60 minutos	6	
Practica actividad física 1 vez por semana	2	10-19 minutos	1	2
		20-29 minutos	2	2
		30-39 minutos	3	3
		40-49 minutos	4	3
		50-60 minutos	5	3
		Más de 60 minutos	6	3
Practica actividad física 2-3 veces por semana	3	10-19 minutos	1	2
		20-29 minutos	2	2
		30-39 minutos	3	3
		40-49 minutos	4	3
		50-60 minutos	5	3
		Más de 60 minutos	6	3
Practica actividad física 4-5 veces por semana	4	10-19 minutos	1	2
		20-29 minutos	2	3
		30-39 minutos	3	3
		40-49 minutos	4	3
		50-60 minutos	5	3
		Más de 60 minutos	6	3
Practica actividad física 6-7 veces por semana	5	10-19 minutos	1	3
		20-29 minutos	2	
		30-39 minutos	3	
		40-49 minutos	4	
		50-60 minutos	5	
		Más de 60 minutos	6	

*Nota.* Sedentario: no practican ninguna actividad física = 1; Esporádico: practican actividad física de manera esporádica = 2; Regular: practican actividad física de manera habitual = 3.  
\* Cod. = codificación utilizada en el cuestionario

- No practica AF. Personas que nunca realizan ningún tipo de AF.
- Practica AF de manera esporádica. Personas que realizan algún tipo de ejercicio con una frecuencia de 5 veces a la semana o menos, computando un total de menos de 90 minutos de duración.
- Practica AF de manera regular. Personas que realizan algún tipo de ejercicio con una frecuencia de 2 veces a la semana o más, computando un total de más de 90 minutos de duración.

### **Cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF**

La CV, según la OMS (1998), es definida como la percepción que tienen los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y su sistema de valores en la cual viven y en relación con sus metas, expectativas, estándares e intereses.

Durante la década de los 90 la OMS desarrolló un instrumento para medir la CV denominado *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100)* y posteriormente, dada su extensión, se creó el WHOQOL-BREF que consta de 26 preguntas, que se responden con una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta. A diferencia de otras escalas, las opciones de respuesta, aunque siempre oscilan entre 1 y 5, su nomenclatura va cambiando según las preguntas. De esta manera, en la primera pregunta 1 es «Muy mal» y 5 «Muy bien»; en la segunda pregunta 1 es «Muy insatisfecho» y 5 «Muy satisfecho»; de la pregunta 3 a la 9, 1 es «Nada» y 5 «Mucho»; de la 10 a la 14, 1 es «Nada» y 5 «Totalmente»; en la pregunta quince 1 es «Nada» y 5 «Mucho»; de la 16 a la 25 oscilan entre 1 «Nada» y 5 «Muy satisfecho»; y en la pregunta 26 1 es «Nunca» y 5 «Siempre». Las dos primeras son preguntas generales sobre la CV global y la salud general, y las otras 24, que corresponden las facetas de la CV del WHOQOL-100, están divididas en 4 dominios o dimensiones. Estos dominios son la

salud física (que incluyó el dominio «nivel de independencia» del WHOQOL-100), la salud psicológica (que incluyó el dominio espiritualidad del WHOQOL-100), las relaciones sociales y el medio ambiente (OMS, 1996), y se describen a continuación:

- Dominio Físico, que está formado por las siguientes facetas: dolor y malestar; dependencia de medicación tratamiento; energía y fatiga; movilidad; sueño y descanso; actividad cotidiana y, capacidad de trabajo. Está compuesto por los ítems 3, 4, 10, 15, 15, 17 y 18.
- Dominio Psicológico, cuyas facetas son: sentimiento positivo; espiritualidad/religión creencias personales; pensamiento/ aprendizaje/ memoria/ concentración; imagen corporal y apariencia; autoestima y, sentimientos negativos. Está compuesto por las preguntas 5, 6, 7, 11, 19 y 26.
- Relaciones sociales, constituido por las facetas: relaciones personales; actividad sexual y soporte social. Está compuesto por los ítems 20, 21 y 22.
- Medio ambiente, compuesto por: seguridad física y protección; entorno físico; recursos económicos; oportunidades para adquisición de información/ habilidades; hogar; cuidados de salud y sociales: disponibilidad / calidad; transporte). Está compuesto por los ítems 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 y 25.

Dado que la CV es un constructo multidimensional, no es posible obtener una puntuación global de esta. Por lo tanto, la puntuación de cada dominio se obtendrá multiplicando los ítems totales de cada uno por cuatro (número de dimensiones que tiene la escala de CV), variando la puntuación de 0 a 100, de tal forma que cuanto mayor sea su valor, mejor será el perfil del dominio de CV. El instrumento no permite la evaluación de las facetas de los dominios individualmente. Tanto los dominios como la CV general son medidos en dirección positiva, esto es, puntuaciones más altas representan mejor CV.

En el presente estudio se ha utilizado la versión WHOQOL-BREF adaptada al español por Lucas-Carrasco (1998) con una muestra de 558 sujetos que incluía población general, pacientes ambulatorios, pacientes psiquiátricos y sus cuidadores. El Alfa de Cronbach de los diferentes dominios o dimensiones variaron entre .69 y .90 y las puntuaciones de las dimensiones del WHOQOL-BREF mostraron correlaciones con el WHOQOL-100, en torno a .90. También mostraron buena validez discriminante, de contenido y test-retest (Badía et al., 1999; citado en Freire et al., 2008).

En este estudio la fiabilidad como consistencia interna se calculó a través del Alfa de Cronbach. En concreto, las puntuaciones obtenidas en cada una de las dimensiones son:  $\alpha = .60$  en la dimensión de relaciones sociales,  $\alpha = .65$  en salud psicológica,  $\alpha = .72$  en salud física y  $\alpha = .74$  en la dimensión ambiente. A pesar de que dos de ellas no alcanzan el valor mínimo a partir del cual se puede considerar que existe consistencia en las respuestas de los participantes (.70) (Nunnally y Bernstein, 1994), se ajustan a las obtenidas en estudios previos.

### ***Subjective Happiness Scale (Lyubomirsky y Lepper, 1999)***

La Escala de Felicidad Subjetiva - *Subjective Happiness Scale* - de Lyubomirsky y Lepper (1999) es una medida global de felicidad subjetiva, que evalúa una categoría de bienestar como fenómeno psicológico global, considerando la definición de felicidad desde la perspectiva de quien responde. Esta escala consta de 4 ítems con respuesta tipo Likert de 7 puntos, siendo 1 «Nada feliz» y 7 «Muy feliz».

En este estudio se ha empleado la versión traducida al español que fue validada en una muestra de 300 personas de entre 13 y 75 años (119 hombres y 181 mujeres) en un primer estudio, y con una muestra de 779 personas en un segundo estudio, todos ellos de Santiago de Chile (Vera-Villaruel et al., 2011). La fiabilidad del primer estudio se

calculó a través del Alfa de Cronbach, obteniendo una puntuación de .78 y la estructura factorial resultó de un solo factor, que explicó el 61.65% de la varianza. En el segundo estudio se obtuvo un Alfa de Cronbach de entre .73 (población general) y .87 (adolescentes). En todas las muestras se obtuvo una solución de un solo factor que explica entre un 59.92% (universitarios) y un 72.12% (adolescentes) de la varianza.

Extremera y Fernández-Berrocal (2014) investigaron las propiedades psicométricas de la versión española de esta escala en una muestra de 1.155 participantes (448 hombres, 707 mujeres) de tres grupos diferentes (estudiantes de secundaria, estudiantes universitarios y participantes adultos de la comunidad). Los resultados revelaron evidencia preliminar de consistencia interna adecuada ( $\alpha = .81$ ), fiabilidad test-retest apropiada (.72) y validez convergente (satisfacción con la vida:  $r = .67$ ; depresión:  $r = -.52$ ; ansiedad:  $r = -.60$ ). Los resultados de los análisis factoriales confirmatorios mostraron una estructura clara de un factor, idéntica a la versión en inglés.

Los datos de consistencia interna del presente estudio muestran una fiabilidad más baja que en el de Vera-Villarreal et al. (2011), siendo  $\alpha = .65$ .

### ***Satisfaction With Life Scale (SWLS) (Diener et al., 1985)***

En 1985, Diener et al. crearon la Escala de Satisfacción con la Vida (*Satisfaction With Life Scale - SWLS*), que consta de 5 ítems con rango de respuesta de 1 (muy en desacuerdo) a 7 (muy de acuerdo).

El presente estudio está basado en las versiones en castellano de la SWLS que han sido validadas y fiabilizadas por Núñez et al. (2010) con una muestra de 508 participantes que realizan AF con edades comprendidas entre 18 y 74 años, y por Atienza et al. (2000) con estudiantes adolescentes. Ambos estudios confirmaron su estructura unifactorial y mostraron que presenta unos valores adecuados de fiabilidad y validez, en la misma línea

de los obtenidos en la versión original, contando con unas propiedades psicométricas aceptables. Los coeficientes alfa de Cronbach oscilan entre .84 (Atienza et al., 2000) y .85 (Núñez et al., 2010), indicando que la consistencia interna de la escala es alta. La correlación test-retest en el estudio de Núñez et al. (2010) se situó en .69 para un intervalo de cuatro semanas, algo inferior a otros estudios. Con respecto a la validez predictiva, en este mismo estudio la satisfacción con la vida mostró relaciones positivas y significativas con la motivación intrínseca y el autoconcepto físico, al igual que en el de Martín-Albo et al. (2009). También se encontró que la SWLS es invariante con respecto al género, lo cual apoya la utilización de este instrumento para evaluar la satisfacción con la vida tanto en hombres como en mujeres. Los datos de nuestro estudio muestran una consistencia interna muy buena siendo  $\alpha = .88$ , muy similar al obtenido en los estudios anteriormente mencionados.

#### ***The PANAS Scales of Positive and Negative Affect (Watson et al. 1988)***

La escala de afectividad creada por Watson et al. (1988), *The PANAS Scales of Positive and Negative Affect*, tiene por objetivo obtener descriptores lo más puros posibles del afecto separando el afecto positivo del negativo. Es una escala de 20 ítems, 10 referentes al afecto positivo y 10 al afecto negativo. Estos ítems son palabras que describen diferentes sentimientos y emociones que puede tener una persona. La medición se realiza con una escala tipo Likert de 5 puntos, en donde 1 significa «Ligeramente o nada» y 5 «Mucho». Todos los ítems se pueden contestar en función de diferentes instrucciones que se dan previamente a la realización de la encuesta: 1) en el momento, 2) hoy, 3) los últimos días, 4) en la última semana, 5) en el último mes, 6) en las últimas semanas, 7) en el último año y 8) generalmente.

Una de las características del PANAS es su alta consistencia interna, presentando alfas de Cronbach que oscilan de .86 a .90 en AP y de .84 a .87 en AN. La correlación

entre las dos dimensiones es invariablemente baja en rangos de -.12 a -.23, lo que refuerza la idea de que son ámbitos independientes del bienestar afectivo (Watson et al., 1988).

Para este estudio se utilizó la versión española de Sandín et al. (1999), validada con una muestra de 712 estudiantes, que presenta una fiabilidad interna muy similar a la de la versión original de Watson (varones: AP = .89 y AN = .91) (mujeres: AP = .87 y AN = .89), y que también han proporcionado información empírica a favor del modelo bidimensional de la afectividad. El presente estudio también muestra una buena consistencia interna con valores  $\alpha = .80$  en afectividad positiva y  $\alpha = .85$  en afectividad negativa. Las instrucciones de respuesta que se dieron fue contestar «en el último mes».

#### ***Psychological Well-Being Scales – SPWB (Ryff, 1989)***

La escala de Bienestar Psicológico de Ryff - *Psychological Well-Being Scale* (Ryff, 1989) constaba, en un principio de 120 ítems. Debido a su longitud y para mejorar su consistencia interna, más adelante se creó una nueva versión con 39 ítems (Van Dierendonck, 2004). Posteriormente, Díaz et al. (2006) realizaron un estudio en el que la consistencia interna de la escala era baja. Por este motivo desarrollaron una nueva versión de 29 ítems que presentaba una buena consistencia interna con valores  $\alpha$  de Cronbach mayores o iguales que .70.

En el presente estudio se ha empleado la escala de 29 ítems debido a las ventajas que presenta. Cuenta con 6 escalas formadas por 4 o 6 ítems por dimensión y los participantes responden utilizando un formato de respuesta tipo Likert con puntuaciones comprendidas entre 1 «Totalmente en desacuerdo» y 6 «Totalmente de acuerdo». Esta investigación presenta una consistencia interna buena en casi todas las dimensiones de la escala (autoaceptación  $\alpha = .82$ ; propósito en la vida  $\alpha = .80$ ; relaciones positivas  $\alpha = .74$ ;



autonomía  $\alpha = .68$ ; crecimiento personal  $\alpha = .64$ ), salvo en la dimensión dominio del entorno ( $\alpha = .51$ ) que está por debajo del punto de corte .71.

### ***General Health Questionnaire – GHQ (Goldberg, 1972)***

El *General Health Questionnaire* (GHQ) fue creado por David Golberg en 1972 con el objetivo de diagnosticar la capacidad o incapacidad para realizar las funciones y tareas normales saludables y la aparición de fenómenos que pudiesen ocasionar estrés (McDowell y Newel, 1987, citado en Cifre y Salanova, 2000).

A pesar de que en su versión original consta de 60 ítems (Goldberg, 1972), la versión más utilizada es la de 12 ítems (Golberg, 1978; Goldberg y Williams, 1988), por ser más reducida, tener un buen funcionamiento y contar con una buena fiabilidad con coeficientes alfa de .82 y .86 (Goldberg et al., 1997). Para su medición utiliza una escala tipo Likert de 4 puntos siendo 0 «No, en absoluto» y 3 «Mucho más de lo habitual». Esta puntuación puede ser transformada en una dicotómica (0-0-1-1), llamada puntuación GHQ, donde una menor puntuación indica mayor bienestar psicológico.

En esta investigación se ha empleado la versión española del cuestionario GHQ-12 de Goldberg validada y fiabilizada por Rocha et al. (2011) en una muestra representativa de 29.476 personas mayores de 16 años. La muestra se dividió en dos, por un lado, población general (de 16 a 65 años) y, por otro, personas mayores de 65 años. La escala presentó una consistencia interna elevada en ambas muestras ( $\alpha = .86$  y  $\alpha = .90$  respectivamente). La consistencia interna de este estudio también es buena,  $\alpha = .71$ ., aun siendo más baja que en el estudio de Rocha et al. (2011).

### ***The Rosenberg Self-Esteem scale (Rosenberg, 1965)***

En 1965, Rosenberg creó una Escala de Autoestima, *The Rosenberg Self-Esteem scale*. Esta escala consta de 10 preguntas cuyas respuestas se miden con una escala tipo

Likert con 4 opciones de respuesta, siendo 1 «Muy en desacuerdo» y 4 «Muy de acuerdo». La mitad de las preguntas están formuladas en negativo y la otra mitad en positivo. Los ítems formulados en negativo están recodificados posteriormente para que los ítems positivos y negativos tengan el mismo valor, correspondiendo las puntuaciones más altas a una mayor autoestima.

La Escala de Autoestima de Rosenberg ha sido traducida a 28 idiomas y validada interculturalmente en 53 países, es una de las más empleadas (Schmit y Allinc, 2005). En el presente estudio se ha utilizado la versión española traducida y validada por Martín-Albo et al. (2007), con una muestra de 420 estudiantes universitarios. Estos investigadores obtuvieron un coeficiente Alfa de Cronbach de .85, similar al obtenido en otros estudios con poblaciones universitarias como por ejemplo el de Robbins et al. (2001), lo que demuestra una buena consistencia interna. La consistencia interna de la escala en este estudio también es buena, mostrando un alfa de Cronbach de .79.

#### **Cuestionario de Autoconcepto AF-5 (García y Musitu, 1999)**

El cuestionario de Autoconcepto Forma 5 (AF-5) fue creado por García y Musitu (1999). Está compuesta por 5 dimensiones (académico-laboral, social, emocional, familiar y físico), con 6 ítems en cada una, sumando un total de 30 ítems. Las respuestas se miden con una escala de tipo Likert de 5 opciones de respuesta, siendo 1 «Totalmente en desacuerdo» y 5 «Totalmente de acuerdo». De esta manera, una puntuación alta en la escala total indicaría estar en posesión de un autoconcepto alto. La validación de este instrumento se realizó en una muestra de 6.483 sujetos españoles de ambos sexos, 2.859 varones y 3.624 mujeres, con un rango de edad entre 10 y 62 años.

Más adelante, García et al. (2006) realizaron otro estudio con una muestra de 2.058 adultos, demostrando su estabilidad temporal, validez de contenido, de criterio y

diferencial. Los coeficientes alfa de las subescalas oscilaban entre .70 (social) y .88 (académico/laboral). Este estudio también presenta una buena consistencia interna con coeficientes  $\alpha$  que oscilan entre .84 de la dimensión académico-laboral y .68 de la dimensión familiar.

### **Escala de *Flow* (Jackson y Marsh, 1996)**

La escala de *Flow* de Jackson y Marsh (1996) – *The Flow State Scale* – consta de 36 ítems cuya respuesta se mide con una escala Likert de 10 puntos siendo 1 «Totalmente en desacuerdo» y 10 «Totalmente de acuerdo». Esta escala está compuesta por 9 dimensiones que se corresponden con los 9 factores del *flow* propuestos por Csikszentmihalyi (1990): 1. Equilibrio entre habilidad y reto (F1); 2. Fusión de acción y la conciencia (F2); 3. Metas claras (F3); 4. Comentarios directos y claros (F4); 5. Concentración en la tarea (F5); 6. Sensación de control (F6); 7. Pérdida de la conciencia o inhibición (F7); 8. Distorsión del sentido del tiempo (F8); 9. Experiencia autotélica (F9).

En este estudio se ha empleado la versión española de García et al. (2008) que obtuvo una buena consistencia interna con coeficientes alfa que superan todos el .70 y en muchos casos el .80. En esta investigación, todas las dimensiones de la escala cuentan con una buena consistencia interna salvo la inhibición. Los valores para las dimensiones fueron:  $\alpha = .92$  (experiencia autotélica),  $\alpha = .89$  (metas claras, comentarios directos y claros, concentración y sensación de control),  $\alpha = .85$  (fusión entre acción y conciencia),  $\alpha = .83$  (equilibrio entre habilidad y reto),  $\alpha = .80$  (distorsión del sentido del tiempo) y  $\alpha = .59$  (pérdida de autoconciencia e inhibición).

### ***The Social Support Questionnaire Short Form – SSQ-6 (Sarason et al., 1983)***

Con objeto de cuantificar la disponibilidad y la satisfacción con el apoyo social que obtenían las personas, Sarason y sus colaboradores crearon el Cuestionario de Apoyo Social (The Social Support Questionnaire SSQ) (Sarason et al., 1983).

Este cuestionario está compuesto por 27 ítems y en cada uno de ellos se pregunta, por dos cuestiones: por un lado, se pregunta por el grado de satisfacción recibido (satisfacción), empleando una escala de tipo Likert de 1 a 6 donde 1 es «Muy satisfecho» y 6 «Muy insatisfecho» y, por otro lado, por el número de personas de las que se recibe apoyo (disponibilidad), siempre limitado a 9 personas. Dada su extensión, más adelante se creó un nuevo cuestionario con las mismas características, pero solamente con 6 preguntas (Sarason et al., 1987), que goza de una buena consistencia interna (.90 - .93, para disponibilidad y satisfacción).

En el presente estudio se ha empleado la versión de 6 ítems traducida y validada por Martínez et al. (2010) que obtuvo una buena consistencia interna en sus dos dimensiones (.96 para satisfacción y .90 para disponibilidad) al igual que este estudio ( $\alpha = .97$  para satisfacción y  $\alpha = .87$  para disponibilidad).

### **Test UCLA de Soledad – UCLA (Russell et al., 1978)**

La UCLA *Loneliness Scale* fue diseñada en la Universidad de California, y en sus inicios contaba con 75 ítems que más adelante se redujeron a 20 (Russell et al., 1978), presentando una buena consistencia interna ( $\alpha = .96$ ). En una revisión posterior de la escala, Russell et al. (1980) mantuvieron el número de ítems, pero aumentaron el rango de respuesta Likert de 3 a 4 opciones, presentando también una buena consistencia interna ( $\alpha = .94$ ).

Sin embargo, en este estudio se ha utilizado la versión en español de 4 ítems que Páez et al. (2004) utilizaron en su estudio con una muestra de 1743 personas de entre 17 y 90 años. Para su respuesta se emplea una escala de tipo Likert de 4 puntos, siendo 1 «Nunca» y 4 «Siempre», de tal manera que, a mayor puntuación, menor soledad. Los ítems están redactados en negativo salvo el último, de tal forma que es necesario recodificarlo para su correcta aplicación. Los resultados obtenidos en el estudio de Páez et al. (2004) muestran un Alfa de Cronbach de .75, resultados similares a los obtenidos en el presente estudio ( $\alpha = .71$ ).

#### **3.2.4. Análisis de datos**

En el presente estudio se han incluido variables de tipo categórico como el sexo o la ocupación y cuantitativas como la edad o las escalas de calidad de vida y bienestar, entre otras (véase apartado de instrumentos de medida para una descripción más detallada).

Con el objetivo de conocer la consistencia interna de las escalas empleadas se han realizado diversos análisis de fiabilidad mediante el cálculo del Alfa de Cronbach. Este análisis de consistencia interna está basado en el promedio de las correlaciones entre los ítems. A mayor valor de Alfa, mayor fiabilidad de la escala. El valor máximo de Alfa es 1, y a partir de .71 se considera un valor de fiabilidad aceptable (Nunnally y Bernstein, 1994).

Para la descripción de la muestra, en el caso de las variables categóricas se han aplicado los siguientes estadísticos descriptivos: tablas de frecuencias y porcentajes. Además, en el caso de la edad se ha calculado la media, la desviación típica y el rango mínimo y máximo.

A fin de conocer la relación o asociación entre variables de tipo categórico se han utilizado tablas de contingencias o tablas cruzadas. Estas tablas permiten centrarse en el estudio conjunto de dos variables de tipo nominal u ordinal. A partir de estas tablas se calcula algún estadístico de resumen y/o se realiza un contraste de hipótesis (Sánchez-Carrión, 1995). Para ello hemos aplicado el índice estadístico  $\chi^2$  y el análisis de los residuos ajustados estandarizados que explicamos a continuación:

- El cálculo del índice estadístico  $\chi^2$ . Este estadístico tiene una distribución muestral derivada de la normal que no exige ningún supuesto sobre la distribución de las variables. Sus valores dependen del tamaño de la tabla (número de filas y columnas), expresados en grados de libertad (Sánchez-Carrión, 1995). Este estadístico sirve para determinar la existencia de asociación significativa entre dos variables nominales u ordinales.
- Análisis de los residuos ajustados estandarizados. Una vez que el valor estadístico  $\chi^2$  nos indica que ambas variables, objeto de estudio, están asociadas, aplicamos el análisis de los residuos ajustados estandarizados para conocer la naturaleza de dicha asociación. En caso de que el  $\chi^2$  haya resultado significativo, este análisis indicará qué casillas contribuyen en mayor grado al valor estadístico. Por tanto, el análisis de residuos va a basarse en las ideas del  $\chi^2$  para estudiar de una manera más pormenorizada la tabla: en lugar de ver si las dos variables están relacionadas se estudia la relación entre cada pareja de categorías. Si se establece el nivel de significación de  $\chi^2$  en .05, se consideran significativos los residuos ajustados estandarizados cuyo valor sea mayor que 1.96 o menor que -1.96. Cuanto mayor sea el valor absoluto del residuo ajustado, mayor será la asociación entre la pareja de categorías. El signo del residuo sirve para ver la dirección de la relación (Álvaro y Garrido, 1995). Para que el contraste resulte válido, las categorías de cada variable

deben ser mutuamente exclusivas y exhaustivas y la mayoría de las frecuencias esperadas (al menos el 80%) deben ser superiores a 5 (Álvaro y Garrido, 1995).

Sin embargo, para analizar la relación o asociación entre variables de tipo cuantitativo, se han utilizado los análisis de correlaciones. Una relación lineal positiva entre dos variables X e Y significa que los valores de las dos variables varían de forma parecida: los sujetos que puntúan alto en X tienden a puntuar alto en Y y los que puntúan bajo en X tienden a puntuar bajo en Y. Una relación lineal negativa significa que los valores de ambas variables varían justamente el revés. En este estudio se han aplicado correlaciones de tipo bivariado. En concreto se ha utilizado el coeficiente de Pearson, que es una medida de la asociación lineal entre dos variables. Los valores del coeficiente de correlación van de -1 a 1. El signo del coeficiente indica la dirección de la relación y su valor absoluto indica la fuerza. Los valores mayores indican que la relación es más estrecha. Junto a este coeficiente se ha extraído su prueba de significación.

Por otra parte, para saber si existen diferencias significativas entre grupos diferentes, se han realizado análisis de T de Student. Esta prueba consiste en comparar las medias de dos grupos. Si la significación resultante de dicha comparación es igual o menor a .05, entonces habrá diferencias estadísticamente significativas entre los grupos comparados y, por consiguiente, se rechazará la hipótesis nula. Es decir, si la diferencia entre lo observado y la hipótesis nula no es atribuible al puro azar, se acepta que hay diferencias entre grupos.

Para conocer la agrupación de la muestra en función de sus puntuaciones en frecuencia, la duración e intensidad, se han realizado análisis de clústers. Este análisis es una técnica multivariante cuyo objetivo es lograr la máxima homogeneidad en cada grupo y las mayores diferencias entre ellos. La diferencia existente con el análisis discriminante radica en que el clúster detecta el número óptimo de grupos y su composición solamente

a partir de la similitud que hay entre los casos sin asumir ninguna distribución específica para las variables, mientras que el análisis discriminante realiza la clasificación tomando como referencia un criterio o una variable dependiente. En este caso se ha empleado el análisis k-medias que es un método de agrupación de casos basado en las diferencias que existen en un conjunto de variables y para el que es preciso determinar el número de clúster que se quieren obtener. En primer lugar, se seleccionan los casos más distantes entre sí y luego se asigna cada caso al centro más próximo terminando con un proceso iterativo que calcula los centroides finales de esos clústers. Puesto que no se conocía el número idóneo de clúster, se repitió el análisis con diferentes números de clúster comparando las soluciones obtenidas hasta obtener la mejor.

Para determinar la asociación entre la variable obtenida con los análisis clúster (una variable categórica o nominal) y las diferentes variables de CV, además de algunas sociodemográficas (variables cuantitativas), se han realizado Análisis Univariados de la Varianza (ANOVAS). Estos análisis consisten en comparar las medias de la variable cuantitativa en cada uno de los grupos que conforma cada estrato o categoría de la variable nominal. Además, va a permitir determinar, no solamente las diferencias en las medias de los distintos grupos, sino explorar entre qué grupos se encuentran esas diferencias. Si el análisis ANOVA resulta significativo, se han realizado análisis «Post-Hoc» utilizando el estadístico de comparación de Bonferroni para conocer entre qué grupos se encuentran las diferencias. Estos análisis realizan comparaciones de las medias en las múltiples parejas de grupos que puedan contrastarse, para intentar averiguar dónde está la diferencia (o diferencias) que ha causado que se rechace la hipótesis nula en la primera parte del ANOVA.



Además, para analizar el peso predictor de las distintas variables sobre las dimensiones de la CV se han efectuado análisis de regresión lineal múltiple. Es una técnica de análisis en la que la variable dependiente o variable de respuesta es una variable de tipo continuo. El uso más frecuente de la regresión múltiple es localizar las variables predictoras más eficaces. Pero también puede emplearse para examinar si un determinado conjunto de variables, escogidas con fundamento teórico, puede formar un constructo más genérico relacionado con la variable dependiente. En la regresión múltiple hay una única variable criterio o dependiente (Y) y múltiples variables predictoras o independientes (X1, X2, etc.). Por medio de este análisis se pueden comparar los distintos coeficientes beta ( $\beta$ ) y ver cuáles tienen un mayor poder de predicción o cuáles explican una mayor porción de la varianza de Y. Revelan la cantidad de cambio que se producirá en Y por cada cambio en X (manteniendo constante el resto de las variables independientes). El valor de  $R^2_{\text{corregido}}$  indica el porcentaje de la variable dependiente que explica el modelo, formado por las distintas variables independientes. Por último, el estadístico  $F$  contrasta la hipótesis nula de que  $R = 0$  y, por lo tanto, indica si existe una relación lineal significativa entre la variable dependiente y las variables independientes.

Por último, para analizar el ajuste de los modelos de ecuaciones estructurales planteados se utilizaron métodos de máxima verosimilitud. En concreto se utilizaron los siguientes índices absolutos: 1) el estadístico  $\chi^2$  y 2) RMSEA. Dado que el análisis de  $\chi^2$  es sensible al tamaño de la muestra, se recomienda también el cálculo de índices relativos (Bentler, 1990). Por ello, se calcularon los siguientes índices relativos: 1) NFI, 2) TLI, 3) CFI y 4) IFI. Los valores para el RMSEA cercanos a .08 indican un ajuste aceptable del modelo, mientras que valores menores de .08 indican un buen ajuste (Browne y Cudeck, 1993). Finalmente, los valores mayores de .90 de los índices relativos se considera que indican un buen ajuste del modelo (Hoyle, 1995).

El tratamiento estadístico de los datos se ha realizado con los programas de análisis de datos SPSS y AMOS en su versión 21.0. Todos los procedimientos estadísticos se han ejecutado a un nivel de confianza del 95 % (nivel de significación igual a .05).

### 3.2.5. Resultados

Para contrastar la hipótesis 1.1, esto es, los hombres son más activos físicamente que las mujeres en AF, se ha realizado una prueba T para muestras independientes que indica que  $t_{(274)} = 3.016$ ,  $p = .003$ , por lo que existen diferencias estadísticamente significativas en función del sexo. Como puede verse en la tabla 28, los estadísticos descriptivos indican que la hipótesis se confirma. Por lo tanto, se puede afirmar que en esta muestra los hombres son más activos físicamente que las mujeres.

**Tabla 28.**

*Diferencias en la práctica de AF en función del sexo*

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Hombres	138	11.73	8.78
Mujeres	138	8.67	8.07

Los datos obtenidos con la variable AF operacionalizada de forma categórica (sedentario, esporádico y regular) confirman estos resultados. El análisis  $\chi^2$  muestra una asociación significativa entre el sexo y la AF [ $\chi^2_{(272)} = 7.557$ ;  $p = .023$ ]. El análisis de residuos ajustados indica que el número de hombres que no hacen AF es menor al esperado (-2.2), mientras que los que hacen AF de una manera regular es mayor que el esperado (2.5) en comparación con las mujeres (véase tabla 29).

**Tabla 29.***Tabla cruzada Grupos de AF X Sexo*

		Varón	Mujer	Total
	<i>N</i>	22	36	58
No practica	% sexo	8.1 %	13.2 %	21.3 %
	Residuos ajustados	-2,2	2,2	
	<i>N</i>	37	42	79
Esporádico	% sexo	13.6 %	15.4 %	29 %
	Residuos ajustados	-.8	.8	
	<i>N</i>	79	56	135
Regular	% sexo	29 %	20.6 %	49.6 %
	Residuos ajustados	2.5	-2.5	
Total	<i>N</i>	138	134	272

Así mismo, con el objetivo de conocer si existen diferencias significativas en cada una de las variables relacionadas con la AF (frecuencia, duración e intensidad), se han realizado tablas cruzadas con la prueba  $\chi^2$ . Con respecto a la frecuencia, el análisis de  $\chi^2$  indica que existe una asociación tendencialmente significativa con la variable sexo [ $\chi^2_{(275)} = 7.371; p = .061$ ]. En concreto, como puede verse en la tabla 30, la frecuencia de ejercicio de los hombres es mayor que la de las mujeres. El análisis de residuos ajustados indica que el número de hombres que no hacen AF es menor que el esperado (-2.1) y los que lo hacen de forma suficiente es mayor al esperado (2.2) en comparación con las mujeres. De igual manera, el análisis  $\chi^2$ , teniendo en cuenta la duración de las sesiones de AF, muestra una asociación tendencial con el sexo, siendo  $\chi^2_{(272)} = 6.701; p = .082$ . Los análisis realizados muestran que la duración de las sesiones de AF realizada por los hombres es mayor que la realizada por las mujeres. En este caso, el análisis de residuos ajustados indica que el número de hombres que no hacen AF es menor al esperado (-2.2) respecto a las mujeres (véase tabla 30). Por último, analizando la percepción de la intensidad de

**Tabla 30.***Tabla cruzada Frecuencia/ Duración/ Intensidad X Sexo*

		Frecuencia			Duración			Intensidad		
		Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
No practica	<i>N</i>	22	36	58	22	36	58	22	36	58
	<i>N</i> esperada	29.1	28.9	58	29.4	28.6	58	29.4	28.6	58
	% sexo	15.9 %	26.3 %	21.1 %	15.9 %	26.9 %	21.3 %	15.9 %	26.9 %	21.3 %
	Residuos ajustados	-2.1	2.1		-2.2	2.2		-2.2	2.2	
Poco	<i>N</i>	31	38	69	8	12	20	24	44	68
	<i>N</i> esperada	34.6	34.4	69	10.1	9.9	20	34.5	33.5	68
	% sexo	22.5 %	27.7 %	25.1 %	5.8 %	9 %	7.4 %	17.4 %	32.8 %	25 %
	Residuos ajustados	-1.0	1.0		-1.0	1.0		-2.9	2.9	
Saludable/ Suficiente	<i>N</i>	75	56	131	38	32	70	92	54	146
	<i>N</i> esperada	65.7	65.3	131	35.5	34.5	70	74.1	71.9	146
	% sexo	54.3 %	40.9 %	47.6 %	27.5 %	23.9 %	25.7 %	66.7 %	40.3 %	53.7 %
	Residuos ajustados	2.2	-2.2		0.7	-0.7		4.4	-4.4	
Demasiado/ Máxima	<i>N</i>	10	7	17	70	54	124	0	0	0
	<i>N</i> esperada	8.5	8.5	17	62.9	61.1	124	0	0	0
	% sexo	7.2 %	5.1 %	6.2 %	50.7 %	40.3 %	45.6 %	0	0	0
	Residuos ajustados	0.7	-0.7		1.7	-1.7		0	0	0
Total	<i>N</i>	138	137	275	138	134	272	138	134	272

las sesiones de ejercicio, el análisis  $\chi^2$  muestra una asociación estadísticamente significativa en función del sexo [ $\chi^2_{(272)} = 19.097$ ;  $p = .0001$ ]. Los resultados indican que los hombres hacen AF más intensamente que las mujeres. Además, el análisis de residuos ajustados muestra que tanto el número de hombres que no practica AF como los que lo hacen demasiado poco es menor que el esperado (-2.2 y -2.9), sin embargo, los que lo hacen de manera saludable es mayor al esperado (4.4) con respecto a las mujeres (véase tabla 30). Teniendo en cuenta estos resultados, tal como se ha observado, las mayores diferencias se encuentran en la intensidad de la práctica de AF.

Para contrastar la hipótesis 1.2, a medida que aumenta la edad de las personas, disminuye la práctica de AF, se ha realizado una correlación de Pearson que indica que  $r_{(276)} = .271$ ,  $p = .0001$ . Por lo tanto, existe una relación estadísticamente significativa entre ambas variables. Sin embargo, los análisis realizados diferenciando por sexo indican que, en el caso de los hombres esta relación no es significativa ( $r_{(138)} = .112$ ,  $p = .191$ ) y sí que lo es en el caso de las mujeres ( $r_{(138)} = .480$ ,  $p = .0001$ ). A pesar de que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables en el caso de las mujeres, la relación es contraria a la esperada. Así, los datos indican que a mayor edad más AF realizan las mujeres de la muestra, es decir, que a medida que las mujeres se hacen más mayores, hacen más ejercicio. Por tanto, la segunda parte de la hipótesis 1 del estudio se refuta tanto de manera general como en el caso de las mujeres, al obtener los resultados inversos y en el caso de los hombres al no obtener resultados significativos. Además, los análisis realizados con la variable AF categórica confirman estos resultados. De esta manera, el ANOVA muestra que existe una diferencia significativa en la edad media de los tres grupos de AF [ $F_{(2,269)} = 4.665$ ,  $p = .010$ ,  $\eta^2 = .034$ ]. Las pruebas post-hoc de Bonferroni reflejan que los que realizan AF de forma regular ( $M = 36.74$ ,  $DT = 20.50$ ) tienen una media de edad significativamente más alta que los que no hacen AF ( $M = 29.19$ ,  $DT =$

15.61) ( $p = .026$ ) y difieren de forma tendencial con los que hacen AF de forma esporádica ( $M = 30.75$ ,  $DT = 15.57$ ) ( $p = .063$ ), sin embargo, no existen diferencias entre los que no practican y los que lo hacen de forma esporádica ( $p = 1.000$ ). El análisis ANOVA realizado con la muestra masculina indica que no hay diferencias significativas en la media de edad [ $F_{(2,135)} = 2.072$ ,  $p = .130$ ,  $\eta^2 = .030$ ] siendo  $M = 36.50$ ,  $DT = 20.42$  para los que no practican AF,  $M = 27.41$  y  $DT = 11.08$  para los que hacen AF de forma esporádica y  $M = 31.95$  y  $DT = 18.06$  para los que hacen AF de forma regular. Así mismo, en los resultados obtenidos del análisis ANOVA con la muestra femenina sí que hay una diferencia significativa en la edad media de los tres grupos [ $F_{(2,131)} = 11.911$ ,  $p = .0001$ ,  $\eta^2 = .1540$ ]. Los análisis de las pruebas *post-hoc* de Bonferroni desvelan que hay diferencias entre los 3 grupos y que las mujeres que hacen AF de forma más regular ( $M = 43.50$ ,  $DT = 21.95$ ) tienen una media de edad más alta que las que no hacen ejercicio ( $M = 24.72$ ,  $DT = 9.61$ ;  $p = .0001$ ) o las que lo hacen de forma esporádica ( $M = 33.69$ ,  $DT = 18.29$ ;  $p = .028$ ).

Para contrastar la hipótesis 2, esto es, los casos estudiados se agruparán en función de la frecuencia, la duración y la intensidad de la AF en tres clústers diferenciados: Sedentarios, Activos y Moderados, se ha realizado un análisis de clúster de k-medias.

En la tabla 31 se observa que, tal como se esperaba, las puntuaciones más bajas en los tres indicadores corresponden al primer clúster, las más altas se encuentran en el clúster 2 y el clúster 3 muestra puntuaciones intermedias, y existen diferencias entre los tres grupos. De esta manera, se confirman las hipótesis 2.1, «los Sedentarios son los que puntuarán más bajo en los tres indicadores de AF», «los Activos son los que puntuarán más alto en los tres indicadores» y «los Moderados tendrán puntuaciones intermedias».

**Tabla 31.**

*Comparativa entre los 3 grupos de práctica de AF y la frecuencia, duración e intensidad a la hora de hacer AF*

Dimensiones	Sedentarios ( <i>n</i> = 64)		Activos ( <i>n</i> = 142)		Moderados ( <i>n</i> = 70)		<i>F</i> <sub>(2,273)</sub>	$\eta^2$
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
Frecuencia	.11	.36	3.25	.10	2.26	.86	294.114***	.683
Duración	.09	.29	5.21	.66	2.59	1.05	1149.762***	.894
Intensidad	.16	.51	4.09	1.02	3.66	.85	461.827***	.772

$\eta^2$  = eta cuadrado; \*\*\*  $p \leq .001$ .

Por otro lado, para contrastar la hipótesis 2.2 y 2.3, esto es, existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos derivados de los clústers, en la variable edad y las variables de CV empleadas en este estudio, se han realizado ANOVAs con la correspondiente prueba Post-hoc de Bonferroni para ver entre qué grupos se daban estas diferencias.

La tabla 32 indica que hay diferencias significativas en función de la edad entre los sedentarios y los activos ( $p = .004$ ) y entre los sedentarios y moderados ( $p = .017$ ). En este caso, son las personas más mayores las que son más activas ( $M = 38.03$ ;  $DT = 20.79$ ). Por otro lado, también existen diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción con la salud, la salud física, el entorno, el autoconcepto general y el autoconcepto físico entre el grupo de personas sedentarias y activas. En este estudio, son las personas más activas las que están más satisfechas con su salud ( $M = 3.89$ ;  $DT = .85$ ) ( $p = .014$ ), tienen mejor salud física ( $M = 3.84$ ;  $DT = .58$ ) ( $p = .031$ ) y relación con el entorno ( $M = 3.75$ ;  $DT = .54$ ) ( $p = .005$ ) y tienen mejor autoconcepto general y físico ( $M = 3.69$ ;  $DT = .46$ ;  $p = .041$  y  $M = 3.49$ ;  $DT = .71$ ;  $p = .0001$  respectivamente). Además, existe una diferencia tendencial entre los grupos en la PCV ( $p = .056$ ), por lo tanto, las personas que más ejercicio hacen ( $M = 3.91$ ;  $DT = .81$ ) tienen mejor PCV que las sedentarias ( $p = .050$ ).

**Tabla 32.***Comparativa entre los 3 grupos de práctica de AF y la CV y otras variables relacionadas*

	Sedentarios <sup>(a)</sup>		Activos <sup>(b)</sup>		Moderados <sup>(c)</sup>		ANOVA	D <sup>2</sup>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
Edad	28.94 <sup>b</sup>	15.21	38.03 <sup>ac</sup>	20.79	30.46 <sup>b</sup>	16.61	$F_{(2,273)} = 6.960^{***}$	.049
PCV	3.63 <sup>b</sup>	.63	3.91 <sup>a</sup>	.81	3.83	.85	$F_{(2,273)} = 2.904^t$	.021
Satisfacción con la salud	3.53 <sup>b</sup>	.89	3.89 <sup>a</sup>	.85	3.71	.78	$F_{(2,272)} = 4.267^*$	.030
Salud Física	3.62 <sup>b</sup>	.57	3.84 <sup>a</sup>	.58	3.82	.54	$F_{(2,273)} = 3.523^*$	.025
Salud Psicológica	3.75	.52	3.81	.56	3.73	.50	$F_{(2,273)} = .656$	.005
Relaciones Sociales	3.89	.68	3.72	.78	3.78	.72	$F_{(2,273)} = 1.144$	.008
Entorno	3.49 <sup>b</sup>	.46	3.75 <sup>a</sup>	.54	3.69	.57	$F_{(2,273)} = 5.179^{**}$	.037
Felicidad	5.13	.94	5.36	.91	5.28	.93	$F_{(2,272)} = 1.337$	.010
Satisfacción con la vida	4.84	1.06	4.98	1.23	4.92	1.22	$F_{(2,273)} = .281$	.002
Balanza Afectos	.92	.89	1.08	.91	1.06	.91	$F_{(2,272)} = .708$	.005
Bienestar Psicológico	4.45	.60	4.36	.66	4.44	.62	$F_{(2,273)} = .657$	.005
Salud Mental	1.14	.35	1.12	.38	1.11	.38	$F_{(2,273)} = .105$	.001
Autoestima	3.16	.46	3.17	.45	3.19	.42	$F_{(2,273)} = .113$	.001
Autoconcepto General	3.52 <sup>b</sup>	.40	3.69 <sup>a</sup>	.46	3.63	.43	$F_{(2,273)} = 3.078^*$	.022
Autoconcepto Académico-Laboral	3.59	.69	3.69	.66	3.56	.78	$F_{(2,272)} = 1.078$	.008



**Tabla 32.***Comparativa entre los 3 grupos de práctica de AF y la CV y otras variables relacionadas*

	Sedentarios <sup>(a)</sup>		Activos <sup>(b)</sup>		Moderados <sup>(c)</sup>		ANOVA	D <sup>2</sup>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
Autoconcepto Social	3.79	.74	3.73	.67	3.75	.62	$F_{(2,272)} = .231$	.002
Autoconcepto Emocional	3.33	.91	3.44	.84	3.56	.81	$F_{(2,272)} = 1.189$	.009
Autoconcepto Familiar	4.29	.60	4.24	.71	4.17	.70	$F_{(2,273)} = .547$	.004
Autoconcepto Físico	2.74 <sup>b</sup>	.70	3.49 <sup>a</sup>	.71	3.31	.79	$F_{(2,272)} = 23.720^{***}$	.149
<i>Flow</i>	7.56	1.53	7.52	1.40	7.31	1.38	$F_{(2,258)} = .616$	.005
Apoyo Social	1.90	.93	2.13	1.18	2.39	1.44	$F_{(2,257)} = 2.664^{\dagger}$	.020
Soledad	1.53	.61	1.60	.64	1.54	.60	$F_{(2,268)} = .346$	.003

\*\*\*  $p \leq .0001$ , \*\*  $p \leq .01$ , \*  $p \leq .05$ ,  $t < .1$

Para contrastar la hipótesis 3, que propone que la práctica de AF está relacionada positivamente con indicadores de CV (PCV, satisfacción con la salud, salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente o entorno), se han realizado diversas correlaciones de Pearson. En la tabla 33 se observa que existe una relación positiva y significativa de la práctica de AF con sus dos dimensiones generales (PCV y satisfacción con la salud). Por el contrario, la relación de la AF con las diferentes dimensiones de la CV no resulta significativa, salvo en el caso del entorno o ambiente. De esta manera se puede afirmar que las personas de este estudio que practican más AF tienen una mejor PCV, están más satisfechos con la salud y tienen un mejor dominio del entorno. Por tanto, la hipótesis se confirma de manera parcial.

**Tabla 33.**

*Coefficientes de correlación de Pearson entre la práctica de AF, la CV y sus indicadores*

	1	2	3	4	5	6	7
1. Indicador AF	1	.172**	.155**	.092	.103 <sup>t</sup>	-.058	.249***
2. Percepción de CV		1	.453***	.338***	.396***	.248***	.423***
3. Satisfacción salud			1	.517***	.363***	.233***	.339***
4. Salud física				1	.525***	.423***	.421***
5. Salud psicológica					1	.455***	.496***
6. Relaciones sociales						1	.314***
7. Ambiente/Entorno							1

\*\*\*  $p \leq .0001$ , \*\*  $p \leq .01$ , \*  $p \leq .05$ ,  $t < .1$

A continuación, se van a presentar los datos sobre las hipótesis que muestran las relaciones existentes entre la AF y otras variables relacionadas con la CV.

Para contrastar la hipótesis 3.1, que dice que la práctica de AF está relacionada positivamente con los indicadores del Bienestar Subjetivo (felicidad, satisfacción con la vida, afectos positivos y negativos) se ha realizado una correlación de Pearson. Por una parte, en la tabla 34 se puede observar que la relación entre la práctica de AF y las

dimensiones del bienestar subjetivo solamente es significativa en el caso de la felicidad. Parece pues, que las personas que hacen AF son más felices que las que no practican ejercicio. Por tanto, esta hipótesis se cumple de manera parcial.

**Tabla 34.**

*Coefficientes de correlación de Pearson entre la práctica de AF y el Bienestar Subjetivo*

	1	2	3	4
1. Indicador AF	1	.131*	.086	.112 <sup>t</sup>
2. Felicidad		1	.546***	.426***
3. Satisfacción con la vida			1	.420***
4. Balanza de afectos				1

\*\*\*  $p \leq .001$ , \*\*  $p \leq .010$ , \*  $p \leq .050$ , <sup>t</sup>  $p \leq .1$

De la misma manera, para contrastar la hipótesis 3.2, la práctica de AF está relacionada positivamente con el bienestar psicológico, se han hecho análisis de correlación de Pearson. En la tabla 35 se puede ver que no hay relaciones positivas y significativas entre la práctica de AF y el bienestar psicológico. Además, existe una relación negativa y significativa entre la AF y la variable relaciones positivas. Se puede afirmar que en esta muestra las personas que hacen ejercicio tienen peores relaciones positivas. Por lo tanto, la hipótesis 3.2 no se cumple.

**Tabla 35.**

*Coefficientes de correlación de Pearson entre la práctica de AF y el Bienestar Psicológico*

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Indicador AF	1	-.031	.092	-.164**	-.057	.023	-.018	.047
2. Bienestar Psicológico		1	.797***	.623***	.649***	.757***	.735***	.813***
3. Autoaceptación			1	.272***	.373***	.558***	.658***	.806***
4. Relaciones positivas				1	.272***	.395***	.343***	.271***
5. Autonomía					1	.373***	.275***	.349***
6. Dominio del entorno						1	.478***	.584***
7. Crecimiento personal							1	.705***
8. Propósito en la vida								1

\*\*\*  $p \leq .001$ , \*\*  $p \leq .01$ , \*  $p \leq .05$

Igualmente, para contrastar la hipótesis 3.3, la práctica de AF está relacionada positivamente con el *flow*, se han llevado a cabo análisis de correlación de Pearson. La tabla 36 muestra que no existe relación entre la práctica de AF y el *flow*. Por lo tanto, la hipótesis 3.3 no se cumple.

**Tabla 36.**

*Coefficientes de correlación de Pearson entre la práctica de AF y Flow*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. AF	1	.052	.029	-.005	.061	.073	.076	.100	-.002	.029	.076
2. <i>Flow</i>		1	.892***	.815***	.904***	.878***	.830***	.875***	.681***	.600***	.835***
3. F1			1	.741***	.827***	.812***	.680***	.755***	.555***	.449***	.748***
4. F2				1	.705***	.747***	.620***	.682***	.427***	.454***	.632***
5. F3					1	.855***	.780***	.808***	.525***	.403***	.766***
6. F4						1	.721***	.817***	.492***	.341***	.709***
7. F5							1	.802***	.428***	.426***	.660***
8. F6								1	.500***	.416***	.675***
9. F7									1	.363***	.508***
10. F8										1	.442***
11. F9											1

\*\*\*  $p \leq .001$ , \*\*  $p \leq .01$ , \*  $p \leq .05$

F1: Equilibrio entre habilidad y reto; F2: Fusión de acción y la conciencia; F3: Metas claras; F4: Comentarios directos y claros; F5: Concentración en la tarea; F6: Sensación de control; F7: Pérdida de la conciencia o inhibición; F8: Distorsión del sentido del tiempo; F9: Experiencia autotética

También, para contrastar la hipótesis 3.4 que dice que la práctica de AF está relacionada positivamente con la Salud Mental, la Autoestima y el Autoconcepto, se han vuelto a realizar análisis de correlaciones de Pearson. En este caso, tal como se observa en la tabla 37, la AF solamente correlaciona con el Autoconcepto General y con el Autoconcepto físico, siendo esta última la correlación más fuerte. Por lo tanto, la hipótesis se cumple solo de manera parcial, pudiéndose afirmar que, en este estudio las personas que hacen AF tienen un mejor concepto de sí mismos.

**Tabla 37.***Coefficientes de correlación de Pearson entre la práctica de AF, la Salud Mental, la Autoestima y el Autoconcepto.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Indicador AF	1	-.037	-.005	-.063	.027	.186**	.109 <sup>t</sup>	.001	.035	.025	.372***
2. Salud Mental		1	.930***	.690***	-.607***	-.420***	-.100 <sup>t</sup>	-.211***	-.444***	-.263***	-.230**
3. Depresión			1	.417***	-.623***	-.418***	-.157**	-.212***	-.363**	-.271***	-.254***
4. Ansiedad				1	-.359***	-.261***	.022	-.086	-.447***	-.151*	-.077
5. Autoestima					1	.527***	.276***	.240***	.479***	.330***	.259***
6. Autoconcepto						1	.650***	.615***	.519***	.642***	.645***
7. A. Ac-Lab							1	.225***	.046	.370***	.394***
8. A. Social								1	.234***	.289***	.273***
9. A. Emocional									1	.184**	.062
10. A. Familiar										1	.214***
11. A. Físico											1

\*\*\*  $p \leq .001$ , \*\*  $p \leq .01$ , \*  $p \leq .05$ , <sup>t</sup>  $p \leq .1$ 

A: Autoconcepto; A. Ac-Lab: Autoconcepto Académico-Laboral

Finalmente, para contrastar la hipótesis 3.5 que dice que la práctica de AF está relacionada positivamente con el apoyo social y la soledad, se han hecho análisis de correlación de Pearson. Como se puede observar en la tabla 38, no hay relación positiva y significativa con ninguna de las variables estudiadas. Por lo tanto, esta hipótesis queda refutada.

**Tabla 38.**

*Coefficientes de correlación de Pearson entre la práctica de AF el Apoyo Social y la Soledad*

	1	2	3
1. Indicador AF	1	.075	.033
2. Apoyo Social		1	.285***
3. Soledad			1

\*\*\*  $p \leq .001$ , \*\*  $p \leq .01$ , \*  $p \leq .05$

Para contrastar la hipótesis 4, esto es que, aunque la práctica de AF será un predictor de las distintas dimensiones de la PCV y de la CV, otras dimensiones como la satisfacción con la vida o el autoconcepto mostrarán un peso predictor mayor, se ha realizado un análisis de regresión lineal múltiple con los dos indicadores generales de la CV (PCV y satisfacción con la salud) y con cada una de sus dimensiones. Para realizar estos análisis, solamente se ha empleado como variables independientes aquellas cuya correlación con la variable dependiente haya sido significativa.

En la tabla 39 se observa que tomando como variable dependiente la PCV y como variables independientes todas aquellas que correlacionan con la VD, el modelo resulta significativo [ $F_{(10,248)} = 8.811, p = .0001$ ] y explica un 23.2 % de la varianza de la PCV ( $R^2 = .262$ ;  $R^2_{\text{corregida}} = .232$ ). La variable AF ha resultado significativa y, por lo tanto, predice la PCV, pero la variable con un mayor peso predictor ha sido la satisfacción con la vida. En esta misma tabla, pero con la Satisfacción con la Salud como variable dependiente se determina que el modelo es significativo siendo  $F_{(9,250)} = 5.031, p = .0001$

y explica un 12.3 % de la varianza ( $R^2 = .153$ ;  $R^2_{\text{corregida}} = .123$ ). En este caso la satisfacción con la vida y la salud mental (de forma negativa puesto que una menor puntuación indica mejor salud mental) resultan significativas. Por lo tanto, los predictores de la satisfacción con la salud son, de mayor a menor, la satisfacción con la vida (95% IC .016, .244) y la salud mental (95% IC -.732, -.050).

**Tabla 39.**

*Análisis de regresión lineal múltiple: Indicadores Generales de Calidad de Vida*

<b>Percepción de Calidad de Vida</b>						
Predictoras	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	CI 95%
AF	.011	.005	.124	2.122	.035	.001, .021
Felicidad	.092	.061	.108	1.518	.130	-.027, .212
Satisfacción con la Vida	.223	.050	.340	4.442	.000	.124, .321
Balanza de Afectos	.127	.065	.149	1.941	.053	-.002, .255
Bienestar psicológico	.015	.130	.012	.115	.909	-.242, .272
Salud Mental	-.154	.148	-.075	-1.038	.300	-.445, .138
Autoestima	-.280	.151	-.164	-1.851	.065	-.579, .018
Autoconcepto	.086	.137	.050	.625	.532	-.185, .357
<i>Flow</i>	-.013	.033	-.024	-.381	.704	-.078, .053
Soledad	.004	.079	.004	.056	.955	-.151, .159
$R = .512, R^2 = .262, R^2_{\text{corregida}} = .232; F_{(10,248)} = 8.811, p = .0001$						
<b>Satisfacción Salud</b>						
Predictoras	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	CI 95%
AF	.010	.006	.105	1.681	.094	-.002, .022
Felicidad	.022	.071	.024	.313	.755	-.118, .163
Satisfacción con la Vida	.130	.058	.182	2.236	.026	.016, .244
Balanza de Afectos	.001	.077	.001	.016	.987	-.150, .152
Bienestar psicológico	-.055	.150	-.042	-.364	.716	-.351, .241
Salud Mental	-.391	.173	-.174	-2.258	.025	-.732, -.050
Autoestima	-.063	.177	-.034	-.356	.722	-.411, .285
Autoconcepto	.305	.157	.162	1.943	.053	-.004, .613
<i>Flow</i>	-.012	.038	-.020	-.311	.756	-.088, .064
$R = .392, R^2 = .153, R^2_{\text{corregida}} = .123; F_{(9,250)} = 5.031, p = .0001$						

**Tabla 40.***Análisis de regresión lineal múltiple: Dimensiones de la Calidad de Vida*

<b>Salud Física</b>						
Predictoras	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	CI 95%
Felicidad	.839	1.072	.053	.783	.434	-1.272, 2.951
Satisfacción con la Vida	.974	.895	.080	1.087	.278	-.790, 2.737
Balanza de Afectos	.725	1.152	.047	.630	.529	-1.544, 2.994
Bienestar psicológico	.962	2.246	.043	.428	.669	-3.462, 5.386
Salud Mental	-9.882	2.606	-.265	-3.791	.000	-15.016, -4.748
Autoestima	4.780	2.693	.153	1.775	.077	-.525, 10.085
Autoconcepto	2.334	2.345	.075	.995	.321	-2.285, 6.952
<i>Flow</i>	.199	.599	.020	.333	.740	-.980, 1.379
Soledad	-.286	1.396	-.013	-.205	.838	-3.037, 2.464
$R = .578, R^2 = .334, R^2_{\text{corregida}} = .309; F_{(9,240)} = 13.374, p = .0001$						
<b>Salud Psicológica</b>						
Predictoras	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	CI 95%
Felicidad	3.143	.746	.210	4.216	.000	1.674, 4.612
Satisfacción con la Vida	2.532	.624	.219	4.060	.000	1.303, 3.760
Balanza de Afectos	1.521	.797	.101	1.908	.058	-.049, 3.091
Bienestar psicológico	1.393	1.551	.066	.898	.307	-1.662, 4.448
Salud Mental	-6.373	1.815	-.176	-3.511	.001	-9.948, -2.797
Autoestima	6.467	1.911	.213	3.384	.001	2.702, 10.232
Autoconcepto	2.438	1.640	.082	1.487	.138	-.792, 5.669
<i>Flow</i>	-.958	.407	-.103	-2.352	.020	-1.761, -.155
Soledad	-1.566	.979	-.072	-1.599	.111	-3.495, .363
$R = .811, R^2 = .657, R^2_{\text{corregida}} = .644; F_{(9,237)} = 50.489, p = .0001$						
<b>Relaciones sociales</b>						
Predictoras	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	CI 95%
Felicidad	.081	1.429	.004	.056	.955	-2.736, 2.897
Satisfacción con la Vida	2.913	1.203	.195	2.422	.016	.543, 5.283
Balanza de Afectos	-.107	1.536	-.006	-.070	.944	-3.134, 2.919
Bienestar psicológico	2.577	3.024	.092	.852	.395	-3.380, 8.533
Salud Mental	-5.786	3.400	-.125	-1.702	.090	-12.485, .912
Autoestima	1.172	3.530	.030	.332	.740	-5.783, 8.128
Autoconcepto	6.674	3.177	.169	2.101	.037	.416, 12.933
<i>Flow</i>	.216	.795	.018	.272	.786	-1.350, 1.783
Apoyo Social	-1.445	.887	-.098	-1.630	.104	-3.192, .301
Soledad	-.298	1.932	-.011	-.154	.878	-4.103, 3.508
$R = .519, R^2 = .270, R^2_{\text{corregida}} = .239; F_{(10,235)} = 8.682, p = .0001$						
<b>Entorno</b>						
Predictoras	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	CI 95%
AF	.309	.086	.200	3.593	.000	.140, .478
Felicidad	-1.877	1.011	-.125	-1.856	.065	-3.869, .115
Satisfacción con la Vida	4.616	.845	.400	5.462	.000	2.951, 6.280
Balanza de Afectos	.113	1.101	.007	.103	.918	-2.056, 2.283
Bienestar psicológico	.296	2.207	.014	.134	.894	-4.052, 4.643
Salud Mental	-1.341	2.490	-.036	-.538	.591	-6.245, 3.564
Autoestima	1.542	2.578	.050	.598	.550	-3.538, 6.621
Autoconcepto	5.897	2.303	.198	2.560	.011	1.360, 10.434
<i>Flow</i>	.440	.561	.047	.783	.434	-.666, 1.545
Soledad	-.002	1.306	.000	-.001	.999	-2.574, 2.571
$R = .596, R^2 = .356, R^2_{\text{corregida}} = .329; F_{(10,239)} = 13.197, p = .0001$						



Por otra parte, en la tabla 40 se detallan los predictores de cada una de las dimensiones de CV. Para ello se ha realizado un análisis de regresión lineal múltiple con cada una de las dimensiones de CV en el que se han empleado como variables independientes aquellas que correlacionan de forma significativa con cada una de ellas.

Tal como se observa en la tabla 40, el análisis de regresión realizado con la Salud Física como variable dependiente resulta significativo [ $F_{(9,240)} = 13.374, p = .0001$ ] y explica un 30.9 % de la varianza, siendo  $R^2 = .334$  y  $R^2_{\text{corregida}} = .309$ . En este modelo solo la salud mental, de manera negativa (95% IC -15.016,-4.748), es la variable que predice la salud física. El análisis de regresión de la salud psicológica también resulta significativo,  $F_{(9,237)} = 50.489, p = .0001$ , y explica un 64.4 % de la varianza ( $R^2 = .657$ ;  $R^2_{\text{corregida}} = .644$ ). En este caso, las variables que mejor predicen la salud psicológica son, de mayor a menor, la felicidad (95% IC 1.647, 4.612), la satisfacción con la vida (95% IC 1.303,3.760), la salud mental (95% IC -9.948,-2.797), la autoestima (95% IC 2.702, 10.232) y el *flow* (95% IC -1.761, -.155). Teniendo en cuenta las relaciones sociales como variable dependiente, el modelo resultante de realizar el análisis de regresión resulta significativo [ $F_{(10,235)} = 8.682, p = .0001$ ] y explica un 23.9 % de la varianza siendo  $R^2 = .270$  y  $R^2_{\text{corregida}} = .239$ . Las variables que predicen las relaciones sociales son la satisfacción con la vida (95% IC .543, 5.283) y el autoconcepto (95% IC .416, 12.933). Finalmente, los análisis de regresión realizados con el entorno como variable dependiente dan lugar a un modelo significativo [ $F_{(10,239)} = 13.197, p = .0001$ ] que explica un 32.9 % de la varianza ( $R^2 = .356$  y  $R^2_{\text{corregida}} = .329$ ). En este caso, las variables que mejor predicen el entorno, en orden descendente, son la satisfacción con la vida (95% IC 2.951, 6.280), la AF (95% IC .140, .478), y el autoconcepto (95% IC 1.360, 10.434).

A la luz de los resultados obtenidos en los análisis de regresión realizados con todas las dimensiones de la CV y sus dos indicadores generales, se puede decir que la hipótesis 4 se confirma, pues, tal como se observa en la tabla 40, existen predictores más fuertes que la práctica de AF, siendo la satisfacción con la vida el que ha resultado que tiene un poder de predicción mayor. La satisfacción con la vida es un predictor de la PCV, la satisfacción con la salud y de todas las dimensiones de la CV, excepto de la salud física y en todos los casos es el predictor más fuerte. El autoconcepto es predictor de las relaciones sociales y el entorno. La buena salud mental predice la satisfacción con la salud y la salud física y psicológica, con una relación bastante fuerte en todos los casos. Por su parte, la autoestima y la felicidad predicen la salud psicológica. Finalmente, la AF es predictor de la PCV y de la dimensión entorno. Sin embargo, en ningún caso resulta ser el predictor más fuerte.

Para contrastar la hipótesis 5, la CV mediará la relación entre la AF y el bienestar subjetivo, se analizaron diversos modelos de relaciones causales utilizando análisis de ecuaciones estructurales (SEM) con el programa estadístico AMOS (Arbuckle, 2005). Se utilizaron métodos de estimación de máxima verosimilitud para contrastar las relaciones entre las variables de los modelos. Los análisis de ecuaciones estructurales son particularmente válidos para analizar modelos de mediación, dado que permiten comparar el ajuste de los modelos de mediación total con el ajuste de los modelos de mediación parcial. Además, también permiten analizar simultáneamente modelos que contienen múltiples variables consecuentes (LeBreton et al., 2009).

El modelo estructural principal estaba formado por la AF, la CV y el bienestar subjetivo como variables latentes. En concreto, la AF (variable independiente) está formada por tres indicadores, esto es, intensidad, frecuencia y duración. La CV (variable mediadora) está formada por cuatro indicadores, esto es, salud física, salud psicológica,

relaciones sociales y entorno. Por último, el bienestar subjetivo (variable dependiente) está formado por tres indicadores, a saber, la satisfacción con la vida, el balance afectivo y la felicidad.

De acuerdo con Baron y Kenny (1986) y con Judd y Kenny (1981), cuando un modelo de mediación implica variables latentes, el SEM supone la mejor opción para analizar los datos. Siguiendo los cuatro pasos básicos para establecer los efectos de mediación propuestos por esos autores y con la finalidad de contrastar la hipótesis 5, el modelo 1 (M1), en el que se relacionó directamente la AF con el bienestar subjetivo (paso 1) ajustó bien a los datos, obteniéndose una relación significativa entre ambos constructos. El modelo 2 (M2), en el que se relacionó la AF con la CV (paso 2) también tuvo un buen ajuste a los datos, encontrándose una relación positiva y significativa entre ambos constructos. Con respecto al modelo 3 (M3), en el que se evaluó si la CV mediaba totalmente la relación entre la AF y el bienestar subjetivo (paso 3), también se obtuvo un buen ajuste, existiendo relaciones positivas y significativas entre AF y CV, y CV y bienestar subjetivo. Por último, el modelo 4 (M4), en el que se planteó la existencia de una mediación parcial de la CV entre el AF y el bienestar subjetivo, también ajustó bien a los datos, aunque no existió una relación significativa entre AF y bienestar subjetivo. Se observa el cumplimiento de los cuatro pasos descritos por Baron y Kenny (1986) y por Judd y Kenny (1981), ya que todos los coeficientes de los 'paths' fueron significativos, excepto el de la relación entre la AF y el bienestar subjetivo cuando la CV estaba mediando entre ambas variables (M4).

Para comprobar si la mediación de la CV era parcial o total se procedió a calcular el Test de Sobel. Los resultados muestran que el Sobel test = 3,04,  $p = .002$ , por lo que la mediación fue total. En la tabla 41 se pueden comprobar los índices de ajuste del M3, que

alcanzan los valores adecuados. Por tanto, la hipótesis 5 se confirmó, es decir, la CV media totalmente la relación entre AF y bienestar subjetivo.

**Tabla 41.**  
*Índices de ajuste y diferencia de cuadrados*

Modelo	$\chi^2$	Gl	RMSEA	NFI	TLI	CFI	IFI	$\Delta\chi^2$	$\Delta gl$
M1	13.82	8	.05	.98	.98	.99	.99		
M2	54.69	13	.11	.94	.93	.95	.95		
M3	112.40	33	.09	.91	.92	.94	.94		
M4	112.40	32	.09	.91	.91	.94	.94		
M5	243.23	63	.10	.88	.88	.91	.91	M5-M3 = 130.83	30***
Alternative	112.59	33	.09	.91	.91	.94	.94		

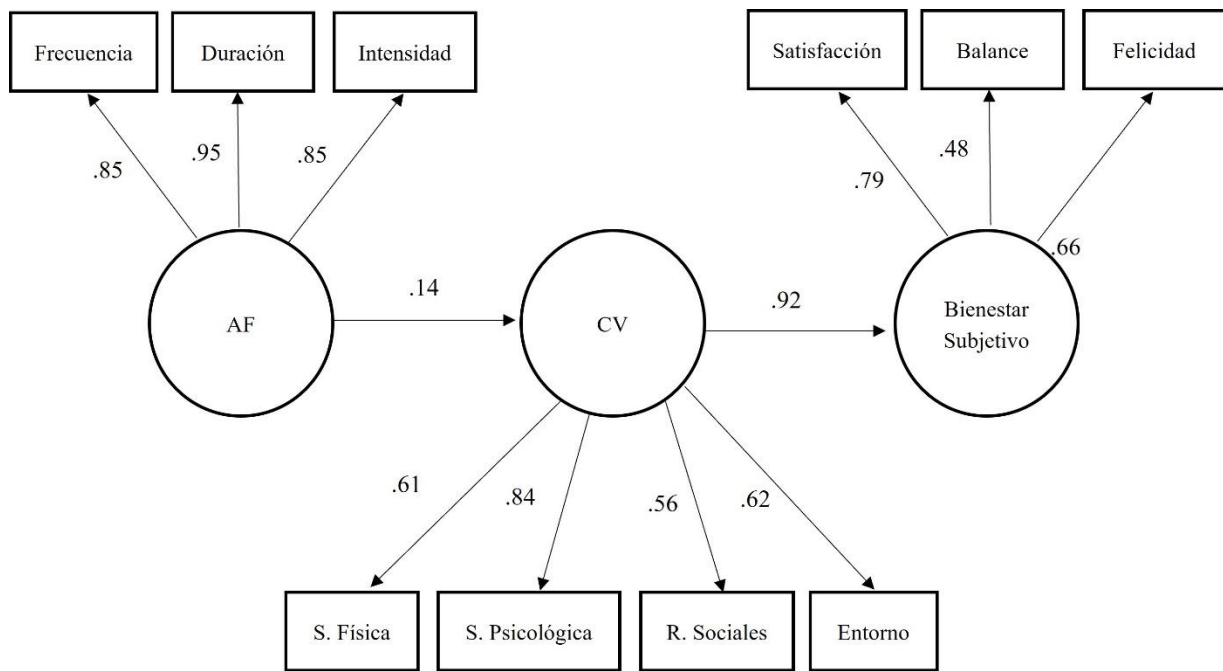
\*\*\*  $p \leq .001$

M1: AF y Bienestar Subjetivo; M2: AF y CV; M3: CV mediador total entre AF y Bienestar Subjetivo; M4: CV mediador parcial entre AF y Bienestar Subjetivo; M5: CV mediador entre AF y Bienestar Psicológico

Por último, para contrastar la hipótesis 6, que propone que el modelo en el que la CV media la relación entre AF y bienestar subjetivo (M3) (véase figura 11), ajustará mejor a los datos que aquel en el que la CV media la relación entre AF y bienestar psicológico (M5), se procedió a comparar ambos modelos utilizando sendos modelos SEM. Como puede observarse en la tabla 41, el M3 ajustó mejor a los datos, obteniéndose una diferencia significativa cuando se calculó la diferencia de  $\chi^2$ . Por tanto, la hipótesis 6 también se confirma.

**Figura 11.**

*Modelo de Mediación de la Calidad de Vida en la Relación entre Actividad Física y Bienestar Subjetivo*



### 3.3. Discusión

En la actualidad ya es un hecho demostrado que practicar AF de manera habitual tiene multitud de beneficios en la salud, tanto física (Castellano et al., 2013) como psicológica (Jiménez et al, 2008). Es por ello que, al hablar de CV y bienestar, la AF se está considerando una variable de estudio fundamental (Devís, 2000; Reed y Buck, 2009; Rodríguez-Fernández et al., 2017; Stathi et al., 2002; Stubbe et al., 2007). Teniendo esto en cuenta, el objetivo principal de este estudio era conocer la relación existente entre la práctica de la AF, la CV y diferentes variables asociadas con la salud y el bienestar personal. Con el fin de alcanzar dicho objetivo se plantearon diversas hipótesis que se discuten a continuación.

Tomando como punto de partida la hipótesis 1.1. de este estudio, los hombres son más activos físicamente que las mujeres, podemos decir que esta se confirma. Los resultados se muestran coherentes con los estudios previos realizados tanto nacionales (Alvariñas et al. 2009; Balaguer y Castillo, 2002; Castillo et al., 2007; Sevil et al., 2017) como internacionales (Acevedo et al., 2007; Gómez et al., 2005). A pesar de que las mujeres se han incorporado a muchas de las actividades que por tradición han pertenecido al ámbito masculino, se siguen encontrando diferencias importantes. Tradicionalmente, los modelos de socialización han impuesto a la mujer un rol vinculado al cuidado de las personas dependientes, al cuidado de la casa y la familia, a realizar actividades donde puedan expresar sus emociones abiertamente y relacionarse socialmente con otras personas o mostrar dulzura y ternura tal como se espera de ellas (Eccles et al., 2000) mientras que al hombre se le ha asignado un rol agéntico-instrumental asociado a la competencia de logro (Eagly y Karau, 2002). Esto ha dificultado al sexo femenino la realización de determinadas prácticas de actividades dirigidas al cuidado personal, como es el caso del deporte y de la AF. Actualmente, en España, la coexistencia de este modelo con el fomento de las políticas de igualdad de género ha hecho que los procesos de socialización sean más ambiguos. De forma que esta ambigüedad podría explicar la adquisición de un doble rol por parte de las mujeres. Por un lado, la mujer sigue siendo la responsable principal del cuidado familiar y, por otro lado, se ha incorporado a la vida laboral, lo que podría limitar su tiempo para el autocuidado, categoría dentro de la que se podría incluir la AF, actividad que implica cierta regularidad y duración (García et al., 2007). Además, los estudios indican que son las mujeres con hijos las que realizan menos AF argumentando falta de tiempo libre, pues emplean su tiempo en tareas de la vida cotidiana como el cuidado de los hijos y las labores de la casa (Hernández et al., 2003; Lewis y Ridge, 2005). Apoyando estos datos el estudio de Al-Otaibi (2013) mostró que

las mujeres perciben más barreras externas que los hombres como, por ejemplo, la falta de tiempo. Otro de los posibles motivos por los que las mujeres parecen practicar menos AF es porque en la escuela, en muchos casos, se reproduce una visión androcéntrica y sexista de la sociedad que determinan, por una parte, que el deporte es fundamentalmente masculino y, por otra parte, distingue qué deportes son para «hombres» y cuáles son para «mujeres». Así, las actividades que requieren fuerza, resistencia o son más activas o tiene más riesgo (rugby, fútbol, boxeo, kárate, motociclismo, ...) se vinculan al género masculino, mientras las más tranquilas, de ritmo, de elasticidad, flexibilidad, o coordinación (yoga, danza, baile, aeróbic, voleibol, gimnasia artística, ...) se vinculan al género femenino. También las diferencias en las preferencias de los estudiantes a la hora de practicar un deporte están muy marcadas, es decir, están estereotipadas (Blández et al., 2007; Quintana, 2013). Esta percepción social, a veces inconsciente y enmascarada bajo una aparente igualdad de género, que «masculiniza» el deporte y, por tanto, a las mujeres que lo practican, puede ser un freno para las mismas a la hora de decidir si hacer ejercicio o no hacerlo, más allá del que requiere las actividades del hogar o del cuidado de los/as hijos/as. Por otro lado, el fomento del deporte como algo fundamentalmente masculino que se realiza desde los medios de comunicación también contribuye a estas diferencias en función del género (Blández et al., 2007; García-Ferrando et al., 2002). Para finalizar, un estudio más reciente que muestra las diferencias en la práctica de AF entre hombres y mujeres (Ramírez-Vélez et al., 2015) indica que las mujeres hacen menos ejercicio porque perciben más barreras internas y externas que los hombres, como son la falta de tiempo, la influencia social, la falta de energía, la falta de voluntad, la falta de habilidades y la falta de recursos.

Por el contrario, la hipótesis 1.2 de este estudio que dice que a medida que aumenta la edad de las personas disminuye su práctica de AF, se refuta. En concreto, en nuestro

estudio las personas más jóvenes son las que se declaran más sedentarias, mientras que las personas a partir de los 26 años son las que dicen practicar algún tipo de ejercicio físico de forma regular. Los resultados de estos análisis segregados por sexo nos dan aún más información, pues esta relación no es significativa en el caso de los hombres, pero sí en el de las mujeres, siendo las más mayores las que son más activas físicamente. Este resultado fue totalmente inesperado pues diversos estudios realizados a nivel nacional e internacional sobre hábitos deportivos mantienen que a medida que las personas se hacen más mayores, disminuye la realización de ejercicio (e.g., García-Ferrando, 2006; Gómez et al., 2005). Si bien es cierto que la mayoría de los estudios van en esta dirección, un estudio realizado en Perú (Seclén-Palacín y Jacoby, 2003) con una muestra de 45.319 personas mayores de 15 años, indica que los hombres más activos físicamente se encuentran entre los 50 y los 55 años y en mujeres son las de 40 a 45 años las que hacen más AF. Además, otro de los resultados obtenidos en esta investigación indica que son las personas jubiladas las que hacen más ejercicio. Por lo tanto, una posible explicación estaría relacionada con el tiempo de ocio disponible que tienen las personas mayores. Es decir, aquellas que están jubiladas cuentan con más tiempo para hacer ejercicio de manera regular, como nadar o pasear todos los días que, si bien no son actividades de mucha intensidad, sí que son constantes. Estos resultados son coherentes con el resto de la investigación, pues la edad media de las mujeres es mayor que la de los hombres y también la proporción de mujeres jubiladas. Otra posible interpretación de esta inesperada relación podría referirse al tipo de muestreo aplicado. La submuestra de personas mayores de 60 años fue obtenida fundamentalmente en centros de ocio donde se realizan diversas actividades entre las que se encuentra la AF, lo que podría haber llevado a una sobrestimación del porcentaje de personas que son físicamente activas en estas edades.



En cuanto a la hipótesis 2, las personas de la muestra se agruparán en función de la frecuencia, la duración y la intensidad de la AF en tres clústeres diferenciados: Sedentarios, los Activos y los Moderados, esta se cumple. Por un lado, se esperaba que en uno de los grupos se concentrasen las personas con puntuaciones más bajas en todos los indicadores, creando el grupo de sedentarios, de la misma manera, en el segundo grupo se esperaba que estuvieran concentrados todos aquellos con puntuaciones altas en todos los indicadores, creando el grupo de Activos y, finalmente, que apareciera otro grupo con puntuaciones intermedias dando lugar a otro grupo denominado Moderados (hipótesis 2.1). Son varios los estudios sobre AF en los que se han agrupado a las personas en diferentes perfiles en función de la práctica de ejercicio. Por ejemplo, en el estudio realizado por Molina et al. (2007) con una muestra de 121 estudiantes universitarios, se separaron en 6 categorías en función de la frecuencia y duración de la práctica (Muy alto, Alto, Moderado, Bajo, Sedentario). También en el estudio de Rodríguez-Romo et al. (2015) con una muestra de 1422 personas de entre 15 y 74 años, se divide a las personas en 3 grupos en función de la práctica de AF, Altos, Moderados y Bajos. Finalmente, en un estudio realizado por Jiménez-Iglesias et al. (2014), con una muestra de 21811 jóvenes españoles (muestra representativa recogida en del estudio internacional Health Behaviour in School-aged Children –HBSC - en su edición 2006), se encuentran resultados similares a los de este estudio. En este caso la muestra se divide en 3 grupos derivados de los análisis de clúster: 1. Activos (baja frecuencia en actividades sedentarias y alta frecuencia en práctica de AF moderada-vigorosa y AF vigorosa); 2. Sedentarios (alta frecuencia en actividades sedentarias); y 3. Moderados (con baja frecuencia en AF moderada-vigorosa y AF vigorosa y baja frecuencia en actividades sedentarias).

Respecto a la hipótesis 2.2, existirán diferencias estadísticamente significativas entre estos grupos y la edad, esta queda refutada. Por una parte, los resultados obtenidos indican que las diferencias se encuentran entre los tres grupos: las personas sedentarias, las activas y las moderadas. Según los resultados, las personas más activas son las de mayor edad. Estos resultados son los opuestos a los esperados ya que, según estudios anteriores, las personas jóvenes son las que realizan más AF (e.g., García-Ferrando, 2006; Gómez et al., 2005). Sin embargo, tal como vimos en la hipótesis 1.2, el estudio de Seclén-Palacín y Jacoby (2003) encontró hallazgos similares siendo las personas mayores de 45 años las que hacían más ejercicio. Este resultado podría explicarse por el tiempo de ocio del que disponen las personas jubiladas, que es mayor que en el resto de la población y que se apoya en los resultados de este estudio, ya que son las mujeres más mayores, sobre todo las jubiladas, las que hacen ejercicio de forma más constante. Sin embargo, recordemos que el tipo de muestreo aplicado también ha podido influir en este resultado.

Finalmente, las hipótesis 2.3, existirán diferencias estadísticamente significativas entre estos grupos y las diferentes variables de AF estudiadas, se cumple en las variables de PCV, la satisfacción con la salud, la salud física, la relación con el entorno, y el autoconcepto general y físico. En todos los casos las diferencias se encuentran entre los sedentarios y el grupo de personas activas, siendo estas últimas las que tienen mejor PCV, satisfacción con la salud, salud física, relación con el entorno y autoconcepto general y físico. Respecto a la relación entre la CV y la práctica de AF, un estudio con una muestra de 284 personas (142 estudiantes universitarios y 142 miembros de la comunidad) indicó que la práctica de AF contribuye a una mejor CV tanto en sus aspectos físicos como sociales y emocionales (Gill et al., 2013). En otro estudio con 707 jóvenes con sobrepeso (Rank et al., 2014) se comprobó que mejoraba la CV después de que se sometieran a un programa para perder peso en el que realizaban ejercicio, sobre todo la CV relacionada

con la salud. Incluso en el seguimiento realizado pasados 2 años de la realización del programa, la mejora en CV seguía existiendo. También otro estudio realizado en Inglaterra con una muestra de 5.537 adultos de entre 40 y 60 años, seleccionada de la HSE 2008 - Health Survey for England (Encuesta de la Salud para Inglaterra), mostró que las personas que realizaban más AF tenían mejor CV relacionada con la salud (Anokye et al., 2012). Además, en un estudio más actual con una muestra de universitarios se concluye que aquellos que hacen más ejercicio, tanto hombres como mujeres, tienen una mejor CV (Leiva et al., 2017). Por otro lado, teniendo en cuenta la relación entre la AF y el autoconcepto general y físico, en el estudio realizado por Infante et al. (2011) con 912 personas de entre 23 y 64 años se encontró que las personas físicamente activas tienen mejor autoconcepto general y físico que las que no lo son. También se encuentran resultados similares en el estudio realizado con 208 estudiantes de la universidad de UADY (64.9% mujeres y 35.1% hombres), en el que aquellos universitarios que hacen AF gozan de mejor autoconcepto general y físico (Álvarez et al., 2015). Además, otro estudio realizado con una muestra de 1.504 adolescentes malagueños de entre 14 y 16 años muestra resultados similares, siendo aquellos que hacen más ejercicio los que tienen mejor concepto de sí mismos (Reigal et al., 2012). Finalmente, en otro estudio realizado con una muestra de 24 adolescentes con obesidad (14 chicas y 10 chicos) se determinó que con un programa de ejercicio físico que se desarrolló durante 5 semanas, el autoconcepto físico, sobre todo de las chicas, mejoró (Rey et al., 2017). Por último, aunque en nuestro estudio no se han encontrado diferencias entre los grupos de AF en apoyo social, el estudio realizado por Springer et al. (2006) describió que las personas más activas físicamente son las que reciben más apoyo por parte de los amigos. Igualmente, en un estudio con una muestra también de adolescentes, se concluyó que aquellos que reciben mayor apoyo por parte de amigos y familia son los más propensos a

ser físicamente activos (Mendonça y Cazuza, 2015). Estos resultados apoyan lo encontrado también en otros estudios previos (Babic et al., 2014; Demont-Heinrich, 2009; Diepa et al., 2008; Goñi e Infante, 2010; Kang et al., 2017; Omorou et al., 2013; Porto, et al., 2012; Springer, et al., 2006; Vagetti et al., 2014).

Por otra parte, la hipótesis 3 de este estudio, la práctica de AF está relacionada positivamente con los indicadores de CV, se cumple en el caso de los dos indicadores generales (PCV y satisfacción con la salud) y de la dimensión entorno. Teniendo en cuenta que el WOQOL-BREF mide la CV separando sus cuatro dimensiones (salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente) por un lado, y los indicadores generales PCV y satisfacción con la salud, por otro, en este estudio se puede decir que las personas que hacen AF tiene mejor PCV a nivel general. Los resultados obtenidos son similares a los hallados en estudios previos que indican que las personas que hacen AF tienen mejor PCV y satisfacción con la salud que las personas que son más sedentarias (Jürgens, 2006; Omorou, et al., 2013). Sin embargo, no se ha encontrado relación entre la práctica de AF y sus dimensiones salvo con la dimensión «entorno». En el caso de las relaciones sociales, se puede argumentar que es una dimensión que presenta problemas psicométricos derivados de su escaso número de elementos (solamente cuenta con 3 ítems) y de que uno de los elementos hace referencia a la satisfacción sexual, lo cual puede provocar que no se conteste con total sinceridad dado el elevado nivel de intimidad de la pregunta, tal como pasa en el estudio de Van Esch et al. (2011).

A la hora de hablar de la relación de la AF con otros indicadores relacionados o afines a la CV, se preveía una relación positiva con todos ellos. Sin embargo, no ha sido así en todos los casos.

Por una parte, atendiendo a la hipótesis 3.1 que mantenía que la AF se relacionaría de manera positiva con el bienestar subjetivo - entendido como felicidad, satisfacción con la vida y afectividad - se cumple en el caso de la felicidad y en el caso de la afectividad, aunque esta última relación es solamente tendencial. Numerosas investigaciones apoyan la relación existente entre la práctica de AF y los aspectos hedónicos del bienestar (felicidad, satisfacción con la vida y afectividad). Por una parte, de forma coherente con los resultados obtenidos en esta investigación, diversos estudios indican que las personas que son físicamente activas son más felices (Forrest y McHale, 2009; Huang y Humphreys, 2010; Ruseski et al., 2014) y tienen una mejor afectividad (Feuerhahn et al., 2014; García et al., 2012; Reed y Buck, 2009). Por otro lado, en contra de los resultados obtenidos en este estudio, otras investigaciones afirman que las personas que hacen AF están más satisfechas con su vida (Barriopedro et al., 2001; Huang y Humphreys, 2011; Molina et al., 2007; McAuley et al., 2006; Rejeski y Mihalko, 2001). A pesar de que la mayoría de las investigaciones apoyan las relaciones existentes entre estos conceptos, algunas otras obtienen resultados similares a los de este estudio. Por ejemplo, en un estudio realizado por Goñi e Infante (2010) se observa que no existe relación entre la práctica de AF y la satisfacción con la vida. Esta falta de relación entre la práctica de AF y la satisfacción con la vida puede ser debida a las diferentes formas de conceptualizar estos indicadores, tal como argumentaban Goñi e Infante (2010).

Teniendo en cuenta la hipótesis 3.2, la práctica de AF está relacionada positivamente con el bienestar psicológico, esta se refuta. A pesar de que son muchas las investigaciones que describen la relación entre el bienestar psicológico y la práctica de AF (Arruza et al., 2008; Edwards et al., 2005; Scully et al., 1998), en este estudio no se ha encontrado dicha relación. Sin embargo, existe una relación negativa y significativa entre la práctica de AF y las relaciones positivas (dimensión del bienestar psicológico).

Es decir, las personas que hacen AF de forma más regular y frecuente son las que declaran tener menos relaciones sociales positivas y menos amigos en los que poder confiar. Este dato sorprendente puede guardar relación con el hecho de que las personas que hacen más ejercicio físico son aquellas que lo hacen dentro de un club deportivo, tal y como ha quedado confirmado por nuestros datos. Un análisis de la varianza realizado nos indica que existen diferencias estadísticamente significativas entre las personas que hacen ejercicio físico dentro o fuera de un club en relación a sus relaciones sociales [ $F_{(7,145)} = 8.499, p = .004$ ]. De forma que las personas que están dentro de un club deportivo cuentan con menos personas en las que apoyarse. Podría ser que el clima que existe en los clubs deportivos, caracterizados por una normativa muy rígida, fomente la rivalidad deportiva más que la creación de redes sociales de confianza. Apoyando esta idea, una investigación realizada en España en 2014 (Moreno-Murcia et al., 2014) muestra las diferencias existentes en el clima motivacional en tres contextos donde se practica AF: educativo (educación física), competitivo (deporte) y recreativo (ejercicio físico no competitivo). De esta manera, se distinguen dos climas motivacionales, por una parte, la motivación centrada en el ego, es decir, que la persona se centra en el resultado y no en el proceso, primando la comparación entre compañeros y considerando que lo más importante es superar a los demás. Y, por otra parte, la motivación centrada en la tarea que da mayor importancia al proceso, a la superación personal y al esfuerzo, siendo lo más importante mejorar respecto a uno/a mismo/a y al inicio en la actividad por medio de trabajo, compañerismo y persistencia. A pesar de que en los tres contextos se obtuvo una puntuación más alta en la percepción de un clima centrado en la tarea, la puntuación más baja de un clima centrado en el ego se dio en el contexto recreativo y también fue en este contexto donde puntuó más alto la experiencia autotélica o de bienestar. De esta manera, se apoya la idea que se discutía en este apartado, que dentro de los clubs deportivos existe

una mayor competitividad (motivación centrada en el ego) que puede provocar que se den peores relaciones sociales.

A su vez, la hipótesis 3.3, la práctica de AF se relacionará de manera positiva con el *flow*, en este caso se ha visto refutada. A pesar de los numerosos estudios que hablan de la relación entre la práctica de algún tipo de deporte o AF y el *flow* disposicional, en este estudio, esta variable no ha obtenido una relación significativa del *flow* con la AF, es decir, que las personas de esta investigación que hacen ejercicio no experimentan más *flow* que aquellas que no lo hacen. A la hora de justificar estos resultados, y analizando las respuestas obtenidas en la escala de *flow* empleada, consideramos que es posible que esta no se haya entendido de manera correcta. En el enunciado que precede a las preguntas no se especifica a qué tipo de actividades se refiere, simplemente se solicita que se indique la actividad favorita de cada persona. Esto ha dado lugar a que muchas de las actividades que los encuestados han elegido para responder a las preguntas planteadas sobre *flow* no están relacionadas con la práctica de ejercicio físico (e.g. «salir con los amigos», «soñar», «ir de vacaciones», «estar con mi familiar», «viajar» ...) y de ahí la falta de relación entre sendas variables (AF y *flow*). Por otra parte, la escala de *flow* habitualmente se emplea en el momento en el que se está realizando la actividad o inmediatamente después, lo cual requiere un seguimiento o acompañamiento de las personas encuestadas durante sus sesiones de AF. En algunos casos, resulta complicado realizar las encuestas de esta manera por diversos motivos: el elevado coste, la dificultad para cubrir la muestra completa, el tiempo que puede llevar realizar todas las encuestas, etc. En el caso de este estudio se pidió a las personas que pensarán en una actividad y contestaran el cuestionario basándose en cómo se sentían mientras realizaban esa actividad. Este sistema de encuesta, junto con la falta de entendimiento mencionada anteriormente, han podido desvirtuar los datos obtenidos.

Por otra parte, según la hipótesis 3.4 que mantenía que la práctica de AF se relacionaría positivamente con la salud mental, la autoestima y el autoconcepto, en este estudio solamente se ha dado esta relación con el autoconcepto, quedando refutada en los otros dos casos. De manera coherente con las numerosas investigaciones que han encontrado que la práctica de AF está relacionada con el autoconcepto general y físico (e.g., Dieppa et al., 2008; Esnaola, 2005; Alvariñas y González, 2004; Infante y Zulaika, 2008; Goñi e Infante, 2010), en este estudio, las personas físicamente activas son las que tienen mejor autoconcepto. Es decir, que las personas que practican más ejercicio tienen una mejor percepción de sí mismas. Por otra parte, a pesar de las evidencias en investigaciones anteriores que indican que existe una relación entre la práctica de ejercicio y la salud mental, siendo las personas más activas físicamente las que tienen mejor salud mental (Arruza et al., 2008; Hamer et al., 2010; Rodríguez-Romo et al., 2015), en este estudio no se ha encontrado relación alguna. Esta falta de relación puede deberse a que en esta investigación se ha trabajado con una población sana, que no padece problemas de salud mental. Es decir, que la salud mental de las personas que practican ejercicio no mejora porque no es necesario que lo haga, ya que ésta no está afectada. También son muchas las investigaciones que afirman encontrar una relación positiva y significativa entre el ejercicio y la autoestima (Balaguer, 2000; Elavsky et al., 2005; Sonstroem, 1984; White et al., 2009). Sin embargo, en otros estudios analizados, la autoestima global ha tenido efectos débiles y poco consistentes con la práctica de ejercicio (Fox, 2000). En esta investigación, la autoestima no presenta relación significativa con la práctica de AF.

La hipótesis 3.5, la práctica de AF estará relacionada de manera positiva con el apoyo social y la soledad, en este estudio no se cumple. Las investigaciones en esta línea afirman que las personas que más ejercicio hacen son las que tienen un mayor apoyo



social (Mendonça y Cazuza, 2015; Springer et al., 2006; Zakarian et al., 1994) y las que se sienten menos solas (Dos Santos et al., 2015; De Freitas y Foureaux, 2015; Van den Berg et al., 2015). Sin embargo, en este estudio, la práctica de AF no influye en la soledad ni en el apoyo recibido por otras personas. Con respecto al apoyo social, esta falta de relación puede deberse a la existencia de problemas de cumplimentación del instrumento de medida. Dicho instrumento consta de dos dimensiones (disponibilidad y satisfacción) y algunas personas solamente respondieron a una de ellas, siendo los ítems referidos a la disponibilidad los menos contestados. Por otra parte, el Alfa de Cronbach de esta escala en la dimensión de disponibilidad, que es la que se utilizó en los análisis, fue más alto de lo recomendado, encontrándose por encima de .90, de tal manera que podría considerarse que existe redundancia o duplicación de los ítems (Oviedo y Campo-Arias, 2005) y, por lo tanto, podría no estar reflejando correctamente el nivel de apoyo social de los participantes en el estudio. Por otra parte, en lo referente a la soledad, la ausencia de relación con la AF se podría explicar a partir de los pocos ítems que incluye la escala. A pesar de que la versión de 20 ítems es más completa, pues evalúa tanto la soledad emocional como el apoyo social y familiar, (Velarde-Mayol et al., 2016), en este estudio se ha utilizado la versión corta de 4 ítems dada la longitud del cuestionario y por considerar más adecuado medir el apoyo social de manera independiente. En esta escala el constructo de la soledad se evalúa de forma más genérica, lo que supone que se pregunte por aspectos más relacionados con la situación vital de las personas, por ejemplo, si viven solos o no, que por otros factores que pueden influir en su percepción de soledad. Seguramente, otras variables no consideradas en el estudio podrían estar mediando la relación entre AF y soledad.

Por otro lado, la hipótesis 4 que argumenta que, aunque la práctica de AF será un predictor de las distintas dimensiones de la CV, otras dimensiones como la satisfacción

con la vida o el autoconcepto tendrán un peso predictor mayor, se cumple en su mayoría. Teniendo en cuenta los indicadores generales de CV, la AF es una variable predictora de la PCV, pero no de la satisfacción con la salud. Sin embargo, en ambos casos la satisfacción con la vida presenta una relación más fuerte. En el caso de la satisfacción con la salud, la salud mental también es una variable con presencia predictora. Por otra parte, en lo que respecta a las dimensiones de la CV, puesto que la práctica de AF solamente correlaciona con el entorno, es la única dimensión en la que la AF se ha incluido en el análisis para conocer su validez predictiva. En este caso, las variables que mejor predicen el entorno son la AF junto con la satisfacción con la vida, seguida del autoconcepto. De las cuatro dimensiones de la CV y sus dos indicadores generales, todos salvo la salud física tienen como variable predictora la satisfacción con la vida, que se presenta como la variable con un mayor peso. Pero de manera sorprendente, el autoconcepto ha tenido menos relevancia de la esperada. Está presente como variable predictora solo en las relaciones sociales y el entorno (Gonzalo y Ubillos, 2016; Goñi e Infante, 2010; Reigal y Videra, 2013).

La hipótesis 5, la CV mediará la relación entre la AF y el bienestar subjetivo, se cumple. Es decir que las personas que hacen ejercicio son más felices, están más satisfechas con su vida y tienen mejor afectividad, porque al hacer AF, mejora su CV. Ya hemos comentado anteriormente que las personas que hacen ejercicio tienen una mejor CV (Jürgens, 2006; Omorou, et al., 2013) y de que son más felices, están más satisfechas con su vida y tienen mejor afectividad (e.g. Feuerhahn et al., 2014 y Huang y Humphreys, 2010). Esta relación se hace más potente cuando se cruzan entre ellas y se introduce la CV como variable mediadora. Esto significa que las personas que hacen ejercicio para mejorar su bienestar subjetivo (ser más felices, estar más satisfechas consigo mismas y tener mejor afectividad) logran mejorarlo porque mejora su CV.

Por último, referente a la hipótesis 6 que dice que el modelo que propone la mediación de la CV en la relación entre la AF y el bienestar subjetivo tendrá un mejor ajuste que el modelo que propone la mediación de la CV entre la AF y el bienestar psicológico se cumple. Estos resultados pueden deberse a que la práctica de AF está muy ligada a los aspectos hedónicos del bienestar, satisfacción con la vida, felicidad y afectividad, que son los componentes del bienestar subjetivo. No hay que olvidar que CV y bienestar subjetivo son términos que frecuentemente se han empleado de manera indistinta a pesar de que denotan significados diferentes (Veenhoven, 2000), lo que demuestra la estrecha relación de estos. Como bien se ha podido observar en la literatura, son numerosos los estudios que demuestran que la práctica de AF mejora el bienestar subjetivo y cada uno de sus componentes (Barriopedro et al., 2001; Bohórquez et al., 2013; García et al., 2012; Feuerhahn et al., 2014; Forrest y McHale, 2009; Huang y Humphreys, 2010; McAuley et al., 2006; Molina et al., 2007; Reed y Buck, 2009; Rejeski y Mihalko, 2001). De la misma manera, la práctica de ejercicio también mejora de manera significativa la CV de las personas (Demont-Heinrich, 2009; Jürgens, 2006; Omorou, et al., 2013; Porto et al. 2012). Pero tal como se ha observado, la relación de AF y bienestar subjetivo mejora aún más cuando estos constructos se ven mediados por la CV. A pesar de que también son muchos los estudios centrados en la relación de la práctica de AF y el bienestar psicológico (Arruza et al., 2008; Edwards et al., 2005; Scully et al., 1998), en algunas ocasiones estas relaciones no son directas, sino que están mediadas por otras variables como la percepción de control, el autoconcepto, la autoestima o la autoeficacia (Edwards et al., 2005). Este puede ser otro de los motivos por los que el modelo en el que la CV media entre la práctica AF y el bienestar psicológico tenga un peor ajuste.

### **3.3.1. Fortalezas y Limitaciones**

Para finalizar, es importante resaltar que esta investigación presenta algunas fortalezas y limitaciones a nivel metodológico.

Por una parte, el diseño transversal analítico aplicado en este estudio se utiliza de forma muy frecuente ya que su coste es inferior al de otro tipo de diseños y proporciona información relevante. Su principal problema es que no permite establecer relaciones causales entre variables. Lo que posibilita es informar sobre la aparente relación entre dichas variables. Sin embargo, se han empleado diversas variables relacionadas con la CV, lo cual nos permite conocer mejor la relación de esta con la práctica de AF desde diferentes perspectivas y nos aporta más información.

Por otro lado, el hecho de que se haya utilizado un tipo de muestreo no probabilístico de convivencia atenta a la validez externa de la investigación y, por tanto, a la no representatividad de la muestra, pues supone dificultades para poder generalizar los resultados obtenidos a la población general. También, el tamaño de la muestra ha supuesto problemas. Por una parte, existen ciertas desigualdades entre los distintos grupos de edad diferenciados (de 18 a 30, de 31 a 45, de 46 a 60 y de más de 60 años), que incluyen mucha gente joven y estudiante, y a medida que aumenta la edad, disminuyen los casos. Además, una parte de la muestra de personas mayores de 60 años se obtuvo en centros donde se realizan actividades de ocio, lo cual implica que los participantes tuvieran un perfil más activo. Por contra, como fortaleza es destacable que se trata de una muestra muy equilibrada en cuanto al sexo, pues la mitad son hombres y la otra mitad mujeres.

Otra limitación del estudio es que no se han podido emplear procedimientos objetivos de medición. De esta manera, para medir la variable Intensidad se adaptó la

escala de esfuerzo percibido de Borg (1988) que nos permitía tener una idea aproximada de la percepción de las personas sobre el esfuerzo que realizan en cada sesión de AF, dada la imposibilidad de tomar los datos a tiempo real en un espacio controlado, generando una medición subjetiva. Además, a la hora de crear el indicador de AF, vistos los problemas de subjetividad de la variable intensidad, se optó por suprimirla para medir la práctica de AF. Este indicador de AF, como se explica previamente, se creó siguiendo a Kriska y Caspersen (1997) y a Molina, et al. (2007), multiplicando la frecuencia por la duración para obtener el tiempo total dedicado a la práctica de AF. Sin embargo, este no diferencia entre la frecuencia y la duración, siendo lo mismo realizar AF una vez a la semana durante 40 minutos que 4 veces a la semana durante 10 minutos.

También se puede considerar como una limitación que la consistencia interna de alguna de las escalas o de sus dimensiones no supere el criterio mínimo recomendado  $\alpha = .70$ . En concreto, de la escala de CV, las dimensiones relaciones sociales ( $\alpha = .60$ ) y salud psicológica ( $\alpha = .65$ ); de la escala de Bienestar Psicológico el crecimiento personal ( $\alpha = .64$ ) y el dominio del entorno ( $\alpha = .51$ ). A pesar de ello, estos resultados no se alejan en demasía de los considerados como óptimos. Según George y Mallery (2003), los resultados  $> .60$  y  $< .70$  no son inaceptables, sino cuestionables, y los  $> .50$  y  $< .60$  se consideran pobres. Por lo tanto, en general, los resultados pueden tenerse en cuenta y solo algunos hay que tomárselos con cierta cautela si atendemos a la fiabilidad de las escalas. Por contra, las demás escalas utilizadas sí obtuvieron una buena consistencia interna y no presentaron problemas a la hora de la interpretación de los resultados.

A pesar de las limitaciones encontradas en este estudio, una de sus mayores fortalezas es la gran variedad de análisis estadísticos empleados, pues proporcionan información complementaria muy valiosa para avanzar en la investigación acerca de la relación entre la CV y la práctica de AF.

### 3.3.2. Futuras líneas de investigación

Atendiendo a los resultados y limitaciones de este estudio se proponen dos futuras líneas de investigación: una dirigida a los aspectos metodológicos y otra a los aspectos conceptuales.

La primera línea de investigación pretende mejorar todas las carencias metodológicas del estudio anterior. Por ello, se proponen las siguientes mejoras:

- La primera mejora se refiere al tipo de diseño de investigación aplicado, realizando un estudio longitudinal en vez de transversal. Esto nos permitirá ver las diferencias en las personas a lo largo del tiempo, conociendo las mejoras reales en torno a las variables medidas.
- La segunda incide en el empleo de un diseño experimental. Se debería crear un experimento en el que podamos comprobar si la AF es la causa real, y hasta qué punto lo es, de la mejora en los indicadores de CV y bienestar personal.
- La tercera mejora hace referencia al tipo de muestreo empleado. La utilización de un muestreo probabilístico nos permitiría obtener una muestra de manera aleatoria más representativa de la población que la empleada en este estudio.
- Finalmente, respecto a las escalas empleadas, por una parte, sería conveniente emplear en futuras investigaciones la versión de la escala de 20 ítems de la Escala de Soledad de UCLA dado que mide de manera mucho más amplia el concepto de soledad. De esta manera, podría eliminarse la escala de apoyo social, que ha presentado problemas a la hora de su interpretación, pues esta escala mide también la red de apoyo de las personas. También sería interesante medir otras variables que pudieran estar mediando la relación entre la soledad y la práctica de AF para conocer el efecto que puedan tener entre ambas. Por otra parte, con respecto a la Escala de

*flow*, se debería especificar que hay que responder a esta parte del cuestionario inmediatamente después de realizar alguna AF, la que cada uno elija. O bien, realizar esta encuesta en condiciones más controladas haciendo un seguimiento personal de cada encuestado y administrándolo personalmente. De esta manera se lograría evitar confusiones entre los encuestados en la interpretación y también se respondería en el momento adecuado, justo después de realizar la actividad.

La segunda línea de investigación viene dada por los resultados obtenidos, así como por ciertas carencias teóricas:

- Una posibilidad que nos ha dejado abierta este estudio es ahondar en la relación de la variable ‘relaciones sociales’ con el lugar en que se practica AF (dentro de un club deportivo o fuera de un club deportivo). Considerando los resultados obtenidos en este estudio sería interesante constatar si dentro de los clubs deportivos las personas tienen peores relaciones sociales y, en caso afirmativo, cuáles son las razones para poder diseñar programas que mejoren este problema y que promuevan la inclusión de las personas que acuden a este tipo de centros de entrenamiento.
- Por otra parte, los resultados de este estudio muestran que la satisfacción con la vida es uno de los predictores más fuertes de la CV y sus indicadores y que, además, la CV está fuertemente relacionada con el índice de práctica de AF. Por tanto, otra posible línea futura de investigación trataría de contrastar un modelo teórico sobre la relación entre AF y la CV en el que la satisfacción con la vida se propusiera como una variable mediadora entre ambas.

## **CAPÍTULO 4**

### **ESTUDIO 2. MUJER, ACTIVIDAD FÍSICA Y CALIDAD DE VIDA: EL AUTOCONCEPTO COMO MEDIADOR**





## 4.1. Justificación

Actualmente se reconocen los efectos beneficiosos que la AF tiene desde el punto de vista físico y psicológico. Reflejo de ello es la constante información que recibimos sobre hábitos de vida saludables. Numerosos estudios muestran la importancia que tiene la prescripción del ejercicio físico en personas con diferentes enfermedades (cáncer, cardiopatías, enfermedades respiratorias, diabetes, etc.). La investigación llevada a cabo por Serra y Begur (2004) sobre la prescripción del ejercicio físico para la salud considera que la práctica de AF es un instrumento terapéutico de primer orden. En ella podemos encontrar valoraciones previas al entrenamiento y orientaciones para la elaboración de programas de ejercicio, además de tratar en detalle las prescripciones de ejercicio físico en pacientes con problemas cardiovasculares y en mujeres embarazadas. También el estudio llevado a cabo en España por Castellano et al. (2013) con una muestra de adolescentes que han sobrevivido a un cáncer, indica que tanto la forma de afrontamiento como la práctica de ejercicio influyen en su CV. De igual manera, Warburton et al. (2006), en Canadá, confirman que con las recomendaciones dadas por “Canadá Salud” sobre la práctica de AF, existen mejoras adicionales en el estado de salud de personas con diversas enfermedades, pese a considerar que no existen pruebas irrefutables del beneficio de practicar regularmente AF. En las últimas décadas la AF, además de considerarse un remedio para curar o prevenir enfermedades diversas, también se relaciona con una sensación subjetiva de salud que redundará en el bienestar (Reed, y Buck, 2009; Stubbe et al., 2007).

En general, los estudios relacionados con la AF con muestras exclusivamente femeninas han sido muy escasos. López (2008) en una revisión de 186 artículos publicados entre 1995 y 2007, encuentra que la mayor parte se corresponde a estudios en los que las muestras contemplan tanto a mujeres como a hombres. El porcentaje de

investigaciones con muestras sólo femeninas es de un 5.3 %, mientras que el de muestras únicamente masculinas asciende a un 31.7%. Sin embargo, esta tendencia ha ido cambiando con el paso de los años, y cada vez, son más las investigaciones que se preocupan por estudiar no solo las diferencias entre ambos sexos y sus implicaciones en la AF y el deporte sino también los efectos de la AF en mujeres (e.g. Sevil et al., 2017). A pesar de que existen elementos comunes para hombres y mujeres, es evidente que las diferencias físicas, fisiológicas y psicológicas, específicas de un género, influyen en las distintas áreas de vida de una persona, entre ellas la realización y significado que se le da a la práctica de AF.

En primer lugar, existen multitud de estudios que versan sobre la igualdad en la práctica de AF. La mayoría de estas investigaciones se han realizado en el contexto escolar (Balaguer y Castillo, 2002; Blández et al., 2007; Botelho et al., 2000), y en la mayoría de los casos se ven claras diferencias de género. En el estudio llevado a cabo por Balaguer y Castillo (2002) se constató una menor práctica por parte de las chicas en comparación a los chicos en todos los segmentos de edad analizados (de 11 a 16 años). Según estas autoras, durante mucho tiempo el proceso de socialización ha provocado una inhibición deportiva por parte de la mujer, ya que se ha etiquetado el deporte como masculino. Esta situación social da lugar a que se transmitan creencias, actitudes y valores que fomentan la socialización de los niños para practicar deporte, no siendo así en el caso de las niñas. En la investigación llevada a cabo por Blández et al. (2007) se estudia la percepción de los escolares con respecto a la práctica de AF y las diferencias de género. Para llevar a cabo dicho estudio, se seleccionaron 8 centros públicos de Castilla la Mancha y de la Comunidad de Madrid tanto de zona rural como urbana. De cada centro se seleccionaron 8 alumnos (4 chicos y 4 chicas) de 5º y 6º de Primaria, y 3º y 4º de Secundaria y se formaron grupos de discusión coordinados para equilibrar la

participación. Las conclusiones a las que se llegaron fueron: por un lado, que algunos deportes o actividades deportivas son consideradas específicas de género (p.e., aquellas que requieren capacidades de fuerza, resistencia o son más activas, agresivas o de riesgo, son específicas del género masculino – rugby, fútbol, boxeo, kárate, motociclismo – y las más tranquilas, o relacionadas con el ritmo, la expresión, la flexibilidad o la coordinación, son específicas del género femenino – yoga, danza, baile, aeróbic, voleibol, gimnasia artística); también que los chicos hacen más ejercicio que las chicas porque son más competentes motrizmente; que existen desigualdades en las clases de Educación Física en relación con los contenidos que se imparten y, por último, que existen más estereotipos en las zonas rurales que en las urbanas.

En el contexto de la población adulta, Hernández et al. (2003) argumentan que las mujeres con hijos practican menos deporte, probablemente porque disponen de menos tiempo al dedicarlo a otras demandas de su vida cotidiana (hijos, casa, etc.). En otra investigación realizada por García et al. (2007) sobre las diferencias de género, también se observa que las mujeres practican menos deporte que los hombres. Estos autores proponen varios motivos por los que se producen estas diferencias, por ejemplo, que las mujeres disponen de menos tiempo de ocio; que la educación física sigue basada en un modelo de valores androcéntricos (se fomenta la competitividad, la fuerza, la agresividad, etc. en lugar de los aspectos lúdicos, recreativos, cooperativos, etc.); y que los medios de comunicación siguen fomentando que el deporte es algo masculino. También el estudio realizado por Sevil et al. (2017), que trata de conocer las diferencias por género en la práctica de AF, indica que las mujeres perciben mayores barreras que los hombres a la hora de practicar AF, como pueden ser la capacidad de disfrute, el tiempo y el contexto, y la seguridad en la práctica.

Otra línea de estudios nos marca un camino definido por estereotipos en los que se indaga acerca de los deportes para mujeres y los deportes para hombres, y las causas que hacen que exista esta distinción. Macías (1999) afirmaba que existen diversas explicaciones para las diferencias deportivas entre hombres y mujeres: razones biológicas (diferencias anatómicas, fuerza y resistencia muscular, capacidad cardiopulmonar, sistema esquelético y endocrino, embarazo), históricas (desde que se determinó que la mujer se dedicaría a labores domésticas, reproductivas y a las tareas del campo, y el hombre a los intercambios comerciales, política y defensa del territorio), educativas (la tendencia habitual del profesorado es enfocar a las niñas a actividades físicas relacionadas con la flexibilidad, coordinación, etc. respondiendo a los estereotipos femeninos existentes), sociales (niños y niñas tienen experiencias totalmente distintas en lo que se refiere a la AF que tiene que ver con las características que se asignan a cada sexo biológico, lo que se traduce en expectativas sociales de lo que se consideran conductas apropiadas para cada sexo) y otros obstáculos (el tiempo de la mujer, ocupaciones y esferas, tratamiento de los medios de comunicación, y mitos y creencias). Otro estudio realizado por Rodríguez et al. (2005) sobre la identidad y los estereotipos de la mujer en el deporte, corrobora las diferencias de género en lo relativo al deporte y deja claro que es la evolución social lo que hace que existan. Debido a los cambios sociales ocurridos, muchos de los mitos relacionados con la mujer y la práctica de AF van desapareciendo, lo cual permite que las mujeres enfoquen su vida de manera más amplia. Comienza la participación en la vida social, laboral, en la cultura y en la política, y por supuesto en el deporte, aunque todavía existen muchas limitaciones.

Existen estudios sobre los efectos de la práctica de AF en el bienestar psicológico de las mujeres, sobre todo haciendo referencia al estrés, la ansiedad y la depresión. Un estudio realizado en España con chicas de entre 16 y 19 años (Candel et al., 2008) muestra

que existe una relación entre la práctica de AF y las variables autoconcepto, ansiedad y depresión. Esta relación indica que las chicas que realizan AF con más frecuencia tienen niveles inferiores de ansiedad y depresión. Además, las que realizan algún tipo de ejercicio tienen puntuaciones superiores en casi todos los factores de autoconcepto. Resultados similares se obtienen en el estudio realizado por Olmedilla-Zafra y Ortega-Toro (2009) con una muestra de 200 mujeres de Cartagena, de edades comprendidas entre 18 y 65 años ( $M = 36.85$ ,  $DT = 14.59$ ), en el que las mujeres que hacen AF tienen menores niveles de ansiedad y depresión.

Entre los estudios centrados en población femenina, destacan aquellos realizados sobre distintos indicadores de CV y AF en mujeres de edad avanzada o que han padecido o padecen alguna enfermedad. En un estudio llevado a cabo en España (Campos et al., 2003) en el que se propuso la realización de un programa de entrenamiento de fuerza a mujeres mayores de 55 años, se concluyó que además de aumentar la fuerza en todos los grupos musculares que se trabajaron, aumentó, de la misma manera, tanto el autoconcepto físico, como la autoestima global y la satisfacción con la vida. Por otra parte, Ramírez et al. (2008) muestran cómo la AF terapéutica modifica la percepción de salud de las mujeres con menopausia. De la misma manera, en otro estudio realizado en España con una muestra de mujeres que padecen osteoporosis (Díaz et al., 2010), se indica la tendencia a mejorar la salud después de someterse a un programa de entrenamiento en piscina. También se encuentran resultados similares en estudios internacionales. En el estudio realizado por Silva et al. (2011) se determinó que las mujeres con edad avanzada identifican la AF como un instrumento importante para mantenerse independientes, saludables y para el dominio del propio cuerpo; el cuerpo envejecido recupera una cierta importancia social. Asimismo, el estudio realizado por Philips y McAuley (2014) con 1527 mujeres de mediana edad ( $M = 56.2$ ,  $DT = 9.4$ ) con cáncer de mama afirma que la

práctica de AF mejora su CV a través de la autoeficacia y de los indicadores de estado de salud.

Sin embargo, existen pocos estudios que se centren en la relación entre la AF y los indicadores generales de CV, la PCV y la satisfacción con la salud, en mujeres adultas y sanas. Estudios realizados en distintos países encuentran que las mujeres que participan en actividades deportivas son más felices, muestran mejor satisfacción con la vida y gozan de mejor CV. En un estudio realizado en 2014 con mujeres portuguesas sanas de entre 25 y 55 años sometidas a un programa de entrenamiento de Pilates (Cruz-Ferreira et al., 2014) se indica que después de 6 meses, mejoró su satisfacción con la vida, su autoconcepto y su percepción de salud. También en una investigación llevada a cabo por Ghaseminezhad (2011) con 100 mujeres (50 atletas y 50 no atletas) se señala que las mujeres deportistas tienen mejor salud general y mental, y mejor CV. De la misma manera Huang y Humphreys (2011), en su estudio realizado en Estados Unidos, indican que realizar ejercicio no solo mejora la salud, sino que aumenta la felicidad de la población general. Por el contrario, Forrest y McHale (2009) encontraron que solamente mejoraba la felicidad de las mujeres que hacían AF, no siendo así en los hombres. Por otro lado, en un estudio con población predominantemente femenina, se constató que el ejercicio físico después del trabajo está relacionado de forma positiva con el afecto positivo (Feuerhahn et al., 2014).

De todas las variables relacionadas con la AF y la CV, los estudios han prestado una atención especial al autoconcepto entendido desde un enfoque unidimensional y multidimensional. Un meta-análisis de 37 estudios encontró que el ejercicio influía de forma positiva y significativa en el autoconcepto de adultos (McDonald y Hodgdon, 1991). La magnitud del efecto para el autoconcepto global fue de 0.56. Un meta-análisis de 113 estudios que examinaba el efecto del ejercicio en la valoración global de uno

mismo (autoconcepto y autoestima) estimó que el tamaño medio del efecto de la AF en ambas variables psicológicas era de 0.23, lo que indica un efecto débil pero significativo del ejercicio sobre la valoración de uno mismo (Spence et al., 2005). Sin embargo, las medidas multidimensionales del autoconcepto ofrecen mediciones más sensibles, concretas y ajustadas en comparación con las medidas globales, reducidas e inespecíficas proporcionadas por los modelos unidimensionales (Shavelson et al., 1976). En concreto, como han mostrado investigaciones previas, el autoconcepto físico sería la dimensión que más relación tiene con la AF (Ruiz de Azúa, 2007). En esta línea con el Autoconcepto como protagonista, algunas investigaciones indican que las mujeres y jóvenes que hacen algún tipo de ejercicio físico tienen mejor autoconcepto general y físico. Así, el estudio realizado por Candel et al. (2008) con una muestra de 226 adolescentes afirma que el autoconcepto está muy relacionado con la práctica de AF, siendo las chicas deportistas las que tienen mejor autoconcepto físico. Igualmente, en el estudio llevado a cabo por Cruz-Ferreira et al. (2014) con mujeres adultas (de entre 25 y 55 años) son las mujeres deportistas las que tienen mejor autoconcepto físico.

A pesar de que el autoconcepto es un constructo mediador importante que facilita el logro de distintos resultados psicológicos y conductuales, existen pocas investigaciones que analicen esta variable como mediadora entre la AF y diferentes componentes de la CV. El estudio de Elavsky et al. (2005), con una muestra de 174 personas mayores, confirma que los efectos de la AF sobre la CV están en parte mediados por variables psicológicas intermediarias. La investigación realizada por Dishman et al. (2006) con una muestra de 1250 mujeres adolescentes aporta evidencias de que la AF reduce el riesgo de depresión por influencia del autoconcepto físico, mejorando su CV. Un estudio posterior (Feuerhahn et al., 2014), con una muestra de 126 personas que realizan AF en clubes



deportivos, encuentra que, entre otras variables, la autopercepción física mediaba la relación entre la AF y afecto positivo.

Partiendo de las investigaciones anteriores, este estudio pretende ahondar en la relación existente entre la práctica de AF y diferentes variables relacionadas con la CV en mujeres sanas. En este estudio se entiende la CV como el bienestar subjetivo que está formado por componentes cognitivos (satisfacción con la vida) y componentes afectivos (felicidad y afectividad negativa). Otros componentes importantes de la CV son el autoconcepto y la autoestima, variables relacionadas con el bienestar psicológico. Por otra parte, en este estudio se considera AF a cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que produce un gasto de energía medido usualmente en kilocalorías (Caspersen et al., 1985), siempre y cuando el movimiento se realice con intencionalidad, quedando excluidos de la definición aquellos movimientos no intencionados, como por ejemplo los movimientos reflejos (Newell, 1990). En esta investigación se emplea el término de AF en general ya que, en este caso, el interés reside en las diferencias que presentan las personas que son físicamente activas (que practican AF, indistintamente del tipo) y las que no lo son, y su relación con la dimensión subjetiva de la CV y la percepción de uno mismo.

## **4.2. Estudio empírico**

### **4.2.1. Objetivos**

Como se ha comentado anteriormente, el objetivo general de este estudio es «ahondar en la relación existente entre la práctica de AF y diferentes variables relacionadas con la CV en mujeres sanas».

De este objetivo general se derivan diversos objetivos específicos que se exponen a continuación:

- Estudiar las relaciones existentes entre la práctica de AF, la PCV, la satisfacción con la salud y otros indicadores de CV.
- Analizar la validez predictiva e incremental de la práctica deportiva sobre la percepción que tienen las mujeres acerca de su CV y su satisfacción con la salud. Es decir, se examinará el grado en que una nueva variable (AF) mejora la capacidad predictiva de un conjunto de medidas previas (bienestar subjetivo, autoconcepto y autoestima) sobre las variables criterio (PCV y satisfacción con la salud).
- Comprobar si el efecto predictivo de la AF sobre la PCV y la satisfacción con la salud está mediado por el autoconcepto y/o sus dimensiones.
- Verificar las diferencias de resultados dependiendo del enfoque unidimensional o multidimensional utilizado para medir el autoconcepto.

#### **4.2.2. Hipótesis**

A la luz de los estudios previos, y derivadas de los objetivos específicos, se plantean las siguientes hipótesis:

1. La práctica de AF estará relacionada positivamente con:
  - 1.1. Los componentes generales de la CV: la PCV y la satisfacción con la salud
  - 1.2. El bienestar subjetivo (felicidad, satisfacción con la vida y bienestar)
  - 1.3. Autoestima y Autoconcepto
2. La AF será un predictor importante de la PCV y de la satisfacción con la salud, aumentando de forma significativa la varianza explicada en ambos componentes de la CV.
3. La capacidad predictiva de la AF variará dependiendo de si el autoconcepto se mide de forma global o por dimensiones específicas.
4. El autoconcepto mediará entre la AF y la PCV.

5. El efecto mediador del autoconcepto variará dependiendo de si éste se mide de forma global o por dimensiones específicas.

### **4.2.3. Método**

En este segundo estudio también se ha aplicado un diseño descriptivo, de tipo correlacional y transversal. Tal como se desarrolló en el capítulo 3, en este estudio no se controla la posible influencia de las variables extrañas. Es descriptivo porque se pretenden explicar las relaciones que se establecen entre dos o más variables, las cuales no son manipuladas por el investigador. Asimismo, es correlacional y transversal porque se estudia la relación de dos o más variables en un solo momento temporal.

#### **4.2.3.1. Tipo de Muestreo**

El tipo de muestreo aplicado en este estudio es no probabilístico por conveniencia. Se empleó también el muestreo por bola de nieve, contactando inicialmente con un grupo de personas a partir de las cuales se fue aumentando el número de participantes en el estudio.

La administración del cuestionario se realizó en la Universidad de Burgos, en asociaciones de mujeres, en varios clubes deportivos, en gimnasios y centros de las zonas rurales donde se realizan clases dirigidas de AF, entre otras.

#### **4.2.3.2. La Muestra**

La muestra está compuesta por 160 mujeres con edades comprendidas entre los 18 y 45 años ( $M = 27.41$ ;  $DT = 9.79$ ) pertenecientes a la provincia de Burgos. Se trata de una muestra de mujeres predominantemente sanas, ya que el 93.1 % de ellas afirma no padecer ninguna enfermedad.

Teniendo en cuenta la ocupación de las mujeres que han participado en este estudio, un 54.2 % eran estudiantes, el 30.3 % de las mujeres trabajaban, un 8.1 % eran

estudiantes que trabajaban, el 3.7 % eran estudiantes que estaban en paro, un 3.1 % eran mujeres paradas y un 0.6 % estaban jubiladas o eran pensionistas.

Refiriéndose al estatus marital de las encuestadas, el 45.9 % estaban solteras, el 30.8 % casadas o cohabitaban con su pareja, un 22.6 % tenía pareja, pero no vivían con ella y un 0.6 % eran viudas.

Respecto al nivel de estudios, y teniendo en cuenta que se les preguntaba por nivel de estudios finalizados, el 69 % de las mujeres entrevistadas había cursado bachillerato o FP, un 11.4 % habían estudiado una diplomatura, un 10.8 % eran licenciadas, un 7 % estaban en posesión del graduado escolar, el 1.3 % afirmaba no tener estudios y solamente el 0.6 % había realizado el doctorado. De todas las mujeres que afirmaron haber finalizado Bachillerato o FP, un 57.5 % se encontraba en ese momento cursando estudios superiores. En la tabla 42 se puede observar que la mayoría de ellas habían elegido la Diplomatura o el Grado de Magisterio (bien sea de infantil o primaria), siendo la segunda opción mayoritaria la carrera de Educación Social.

**Tabla 42.**

*Carrera que se está cursando*

	N	%
Magisterios	53	57.6 %
Educación Social	33	35.9 %
ADE - LADE - DADE	2	2.2 %
Ingeniería	2	2.2 %
Enfermería	1	1.1 %
Pedagogía	1	1.1 %
Total	92	100%

Siguiendo la propuesta de Havighurst (1972) y las recomendaciones de otros autores (Goñi, Rodríguez y Esnaola, 2010; Infante, Goñi y Villarroel, 2011) sobre las características del desarrollo de las diferentes fases vitales, se dividió a la muestra en dos grupos de edades: mujeres entre los 18 y 32 años ( $N = 107$ ) y entre los 33 y 45 años ( $N =$

53). Los resultados de los ANOVAs muestran que no existían diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables dependientes, excepto en el autoconcepto académico-laboral,  $F(1,144) = 9.05$ ,  $p = .003$ , en el que la puntuación media de las mujeres adultas ( $M = 3.76$ ;  $DE = .45$ ) fue mayor que la de las mujeres jóvenes ( $M = 3.48$ ;  $DE = .54$ ).

Respecto a la AF de las mujeres de este estudio, se describen a continuación las tres variables medidas: frecuencia, duración e intensidad.

En la tabla 43 se puede comprobar que, de las 160 mujeres, 49 (30.6 %) declararon no practicar AF de ningún tipo, mientras que un 69.4 % realizaban algún tipo de ejercicio. La mayoría de las mujeres (32.5 %) practicaban AF 2-3 veces por semana y lo menos habitual es que se practicara 6 o 7 veces por semana (0,6 %).

**Tabla 43.**

*Frecuencia con que se practica AF*

	N	%
No practica actividad física	49	30.6 %
Practica < 1 vez por semana	27	16.9 %
Practica 1 vez por semana	25	15.6 %
Practica 2-3 veces por semana	52	32.5 %
Practica 4-5 veces por semana	6	3.8 %
Practica 6-7 veces por semana	1	0.6 %
Total	160	100 %

Además, también haciendo referencia a la frecuencia con la que se practica AF, a continuación, se detalla si se realiza la suficiente AF como para que existan mejoras en la salud tanto física como psicológica y en la CV. Teniendo en cuenta las recomendaciones de salud recogidas en Haskell et al. (2007), la muestra se puede dividir en tres grupos (véase el punto 4.2.3.4. Instrumentos de medida, Variable de AF). Por un lado, está el grupo de los que hacen poca AF como para considerar que existan mejoras; por otra parte,

están las que hacen el suficiente ejercicio para que se den mejoras; finalmente está el grupo de las personas que hacen más AF de la necesaria. En la tabla 44 se puede observar que de las mujeres que dicen hacer ejercicio se concentran de manera muy similar entre las que realizan AF con una frecuencia saludable (52.3 %) y las que hacen ejercicio de manera poco frecuente (46.8 %).

**Tabla 44.**

*¿Se practica AF con una Frecuencia saludable?*

	N	%
Poco frecuente para que haya mejoras	52	46.8 %
Suficiente para que haya mejoras	58	52.3 %
Más de lo necesario para que haya mejoras	1	0.9 %
Total	111	100 %

En la tabla 45 se pueden ver los resultados referentes a la Duración de las sesiones de AF. Un 30.6 % indicaba que no practica AF. De las demás, un 18.1 % lo hacía alrededor de 1 hora, un 12.5 % entre 20 y 29 minutos, el 11.9 % solamente dedicaba unos 10-19 minutos en cada sesión, el 10.6 % hacía ejercicio entre 40 y 49 minutos seguidos, del 9.4 % cuyas sesiones duraban entre 30 y 39 minutos. Solamente el 6.9 % dedicaba más de una hora al ejercicio en cada sesión.

**Tabla 45.**

*Duración de las sesiones de Actividad Física*

	N	%
No hace AF	49	30.6 %
10-19 minutos	19	11.9 %
20-29 minutos	20	12.5 %
30-39 minutos	15	9.4 %
40-49 minutos	17	10.6 %
50-60 minutos	29	18.1 %
Más de 60 minutos	11	6.9 %
Total	160	100 %

Por otra parte, para que se consigan mejoras en la salud y otros componentes, según los expertos se debe practicar AF con una duración al menos de 20 minutos (Miguel, Martín y Navlet, 2001). En la tabla 46 se observa que solo el 17.1 % hace ejercicio de manera insuficiente y que el 82.8 % lo hace de manera saludable.

**Tabla 46.**

*¿Se practica Actividad Física con una Duración saludable?*

	N	%
Poco tiempo	19	17.1 %
Saludable	92	82.8 %
Total	111	100 %

Por último, teniendo en cuenta dónde hacen AF las mujeres de este estudio, tal como se observa en la tabla 47, los resultados indican que casi tres cuartas partes de ellas lo practican por su cuenta (71.8 %) y el 28.2 % lo hacen dentro de un club deportivo.

**Tabla 47.**

*¿Se practica AF con una Duración saludable?*

	N	%
Dentro de un club deportivo	31	28.2 %
Por su cuenta	79	71.8 %
Total	110	100 %

#### 4.2.3.3. Procedimiento de recogida de datos

El trabajo de recogida de datos se realizó entre 2012 y 2014 mediante un cuestionario cuyo tiempo aproximado de respuesta fue de 30 minutos. El estudio cumplió los valores éticos requeridos en la investigación con seres humanos, respetando los principios fundamentales incluidos en la Declaración de Helsinki, en sus actualizaciones, y en las normativas vigentes (consentimiento informado y derecho de información,

protección de datos personales y garantías de confidencialidad, no discriminación, gratuidad y posibilidad de abandonar el estudio en cualquiera de sus fases) y la participación fue voluntaria. Cabe mencionar que parte de la muestra de este estudio fue tomada del estudio 1 de esta tesis, seleccionando únicamente los casos con las características requeridas (mujer de entre 18 y 45 años). Posteriormente se procedió a completar la muestra buscando a nuevas participantes que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión.

El primer paso fue contactar con varias personas pertenecientes a los distintos ámbitos en los que se administró el cuestionario: profesores/as de la Universidad de Burgos, entrenadores/as de centros deportivos, trabajadores/as de asociaciones de mujeres, mujeres pertenecientes a clubes deportivos (atletismo, triatlón, natación...). Posteriormente se explicó a cada una de estas personas en qué consistía el estudio y una vez dado su consentimiento se procedió a explicarles el cuestionario y las instrucciones para su correcta cumplimentación y se resolvieron las dudas. Y finalmente se concretó una fecha y lugar para entregar los cuestionarios.

Los responsables de cada ámbito se encargaron de repartir los cuestionarios a mujeres con edades comprendidas entre 18 y 45 años, explicarles en qué consistía el estudio, cómo debían cumplimentar los cuestionarios, resolver dudas y finalmente recogerlos una vez completados. Una vez que los cuestionarios ya estaban recogidos se entregaban a la persona responsable en la fecha y lugar concretados.

#### **4.2.3.4. Instrumentos de medida**

Para la realización de este estudio se ha empleado un cuestionario que consta de varias preguntas socio-demográficas, cuatro preguntas sobre AF (frecuencia, duración, intensidad y lugar de realización) y seis escalas validadas y fiables relacionadas con la



CV y sus indicadores (calidad de vida, felicidad, satisfacción con la vida, afectividad, autoestima y autoconcepto). A continuación, se detallan todos estos elementos que se pueden consultar de forma más ampliada en el Capítulo 3 de la presente Tesis Doctoral.

### **Variables socio-demográficas**

Los datos sociodemográficos empleados en el cuestionario son los siguientes:

- **Edad.** Se aplicó un ítem abierto donde se les preguntó el año de nacimiento y la edad.
- **Ocupación.** Se midió con una escala nominal de 4 opciones de respuesta múltiple: Estudiante (1), Trabajo remunerado (2), En paro (3), Jubilado o pensionista (4).
- **Estatus marital.** También se utilizó una escala nominal con 5 opciones de respuesta: Soltero (1), Casado o con pareja cohabitando (2), Con pareja sin cohabitar, (3) Viudo (4), Separado (5).
- **Nivel de estudios.** En este caso la escala que se utilizó fue nominal con 6 opciones de respuesta: Doctorado (1), Licenciatura (2), Diplomatura (3), Bachillerato/FP (4), Graduado Escolar o E.S.O. (5), Sin estudios (6); y en el caso de que estuvieran cursando una carrera se les preguntó cuál y en qué curso estaban.
- **Estado de salud.** Se han realizado 3 preguntas para valorar el estado de salud: ¿Padece alguna enfermedad? Sí (1) No (2) Indique qué enfermedad; ¿La enfermedad que padece es crónica? Sí (1) No (2); ¿La enfermedad que padece precisa medicación? Sí (1) No (2). Esta pregunta se utilizó para excluir de la muestra a las mujeres que padecían algún tipo de enfermedad.

## Variable de AF

La literatura previa recomienda medir la práctica de AF en función de 3 parámetros: frecuencia (veces por semana), duración (tiempo de cada sesión) e intensidad (esfuerzo) (Arruza et al., 2008; De la Cruz-Sánchez, Moreno-Contreras, Pino-Ortega y Martínez-Santos, 2011; Infante y Goñi, 2009; Jiménez, Martínez, Miró y Sánchez, 2008; Molina, 2007). Por ello, en el cuestionario se incluyeron preguntas que hacían referencia a cada uno de estos parámetros. A continuación, se explican cada uno de ellos:

- **Frecuencia:** se refiere a la cantidad de veces a la semana que se hace ejercicio. Siguiendo *The Health Behavior in Schoolchildre* (HBSC, en adelante) de 1985/1986, un inventario de salud en escolares creado por la OMS, en su versión traducida y adaptada para universitarios por Balaguer (2002), en este estudio se ha empleado la variable AF de dicho cuestionario para medir la variable Frecuencia.
- **Duración:** hace referencia al tiempo dedicado en cada sesión de AF. Esta variable se ha creado también teniendo en cuenta el HBSC (OMS, 1985-86, traducido por Balaguer, 2002).
- **Intensidad:** es el esfuerzo que se realiza durante la práctica de AF. Para su medición se empleó una adaptación de la Escala de esfuerzo percibido de Borg (1998). Puesto que la escala fue diseñada para administrarse en situaciones controladas durante el entrenamiento, solamente sirvió de guía para evaluar el nivel de esfuerzo que las mujeres consideraban que hacían en cada sesión de AF.
- **Indicador de AF:** se creó multiplicando el número de veces por semana que la persona hacía algún tipo de práctica de AF (frecuencia) y el tiempo empleado en cada sesión (duración) (Kriska y Caspersen, 1997). La intensidad de la práctica

de AF no se incluyó en el indicador porque presentaba problemas, debido a su carácter subjetivo.

### **Variable Calidad de vida**

Se han utilizado los dos ítems generales sobre CV de la escala WHOQOL-BREF adaptada al idioma español por Lucas-Carrasco (1998), la PCV (*¿Cómo puntuaría su calidad de vida?*) y la satisfacción con la salud (*¿Cuán satisfecho está con su salud?*). El rango de respuesta oscila entre 1 (muy mal) y 5 (muy bien), de forma que puntuaciones superiores indican mejor PCV.

### **Variable Felicidad**

Se ha aplicado la escala *Subjective Happiness Scale* validada en dos muestras chilenas (Vera-Villaruel, Celis-Atenas y Córdoba-Rubio, 2011). Esta escala es una medida global de felicidad subjetiva, que evalúa una categoría de bienestar como fenómeno psicológico global. Consta de 4 ítems con respuesta tipo Likert de 7 puntos siendo 1 «nada feliz» y 7 «muy feliz» para los ítems 1 y 2 (p.e. *En general, me considero...*) y 1 «nada» y 7 «mucho» para los ítems 3 y 4 (p.e. *Algunas personas son muy felices en general. Disfrutan de la vida independientemente de lo que suceda, sacan el máximo provecho de todo. ¿Hasta qué punto lo describe esta caracterización?*). Las mayores puntuaciones indican mayores niveles de felicidad. La versión chilena mostró una buena consistencia interna obteniendo un Alfa de Cronbach de .78, siendo en este estudio algo más baja ya que se sitúa en .68.

### **Variable Satisfacción con la vida**

Se ha seleccionado la versión en castellano de la escala de *Satisfaction Whith Life Scale* validada por Núñez, Martín-Albo y Domínguez (2010) con una muestra de participantes que realizan AF. Consta de 5 ítems que se responden en una escala de tipo

Likert de 7 puntos en la que 1 es «muy en desacuerdo» y 7 «muy de acuerdo», indicando que, a mayor puntuación, mayor satisfacción con la vida (p.e. *En la mayoría de los aspectos mi vida es como quiero que sea*). El Alfa de Cronbach obtenido fue de .85, igual al obtenido en esta investigación, indicando que la escala posee una alta consistencia interna.

### **Balanza de Afectos**

Se ha utilizado la versión de *The Scale of Positive and Negative Affect PANAS* traducida al español por Sandín et al. (1999). Consta de 20 ítems de los cuales 10 son de Afecto positivo (p.e. *Atento*) y 10 de Afecto negativo (p.e. *Angustiado*). La balanza de Afecto (bienestar hedónico) se obtiene calculando la diferencia entre el Afecto positivo y el negativo. Los individuos indican el grado en que han experimentado cada uno de esos estados emocionales durante el último mes respondiendo en una escala Likert de cinco puntos siendo 1 «ligeramente o nada» y 5 «mucho». Esta escala muestra una alta fiabilidad tanto en hombres como en mujeres para la escala de Afecto positivo (.89 y .87) y para el negativo (.91 y .89). En este estudio también se ha obtenido una buena consistencia interna siendo el alfa de Cronbach para el Afecto positivo .73 y para el Afecto negativo .86.

### **Variable Autoestima**

Se ha aplicado la versión española de *The Rosenberg Self-Esteem Scale* traducida y validada por Martín-Albo, Núñez, Navarro y Grijalvo (2007). Consta de 10 preguntas (p.e. *En general, estoy satisfecho/a conmigo mismo/a*), puntuables en una escala tipo Likert de 4 puntos siendo 1 «muy en desacuerdo» y 4 «muy de acuerdo». Las puntuaciones fluctúan en un rango de 10 a 40, indicando 40 más alta autoestima. Obtuvo

una consistencia interna alta con un valor Alfa de Cronbach de .85. La consistencia interna obtenida en este estudio también es alta ( $\alpha = .80$ ).

### **Variable Autoconcepto**

El cuestionario utilizado es el *AF-5 Self-Concept Questionnaire* de García et al. (2006). Consta de cinco subescalas (académico-laboral, social, emocional, familiar y físico) con 6 ítems cada una, siendo 30 ítems en total. El formato de respuesta es una escala de tipo Likert de 5 puntos en la que 1 es «total desacuerdo» y 5 «total acuerdo» (p.e. *Hago bien los trabajos académicos y/o profesionales*). Una puntuación alta en la escala total indicaría estar en posesión de un autoconcepto alto. En la investigación realizada por García, Musitu, Riquelme y Riquelme (2011) se confirma la estructura penta factorial de la escala. Se obtuvo una consistencia interna alta con valores comprendidos entre .82 en la dimensión emocional y .91 en la académico-laboral. El alfa de Cronbach de la escala general fue .88. Valores similares se han obtenido en esta investigación, mostrando de igual manera una buena consistencia interna tanto en la escala general (.82) como en sus dimensiones (los valores oscilan entre .67 en la dimensión emocional y .76 en la dimensión física).

#### **4.2.4. Análisis de datos**

Para conocer la fiabilidad de las escalas empleadas, se calculó el Alfa de Cronbach, que se basa en el promedio de las correlaciones entre los distintos ítems. Se considera que una escala tiene una buena fiabilidad como consistencia interna cuando el valor de  $\alpha \geq .71$ , siendo 1 el valor máximo (Nunnally y Bernstein, 1994).

Con el objetivo de describir la muestra del estudio, se han realizado diferentes análisis estadísticos descriptivos (tablas de frecuencias y porcentajes) con las variables

categorías. También se ha calculado la media, la desviación típica y el rango máximo y mínimo en el caso de edad.

A fin de analizar la relación entre las variables de tipo cuantitativo, como son la práctica de la AF y las distintas variables relacionadas con la CV, se han aplicado análisis de correlaciones de tipo bivariado, concretamente se ha empleado el coeficiente de Pearson, que es una medida de asociación lineal entre dos variables. Los valores del coeficiente van de -1 a 1 siendo el signo el indicador de la dirección que sigue la relación entre las variables y el valor la fuerza de esta asociación. De esta manera, los valores más cercanos a -1 o 1, indican que la relación es más estrecha. Junto al coeficiente Pearson, se ha extraído su prueba de significación.

Para analizar el valor predictivo e incremental de las variables independientes (AF, felicidad, satisfacción, afectividad, autoestima y autoconcepto) sobre las variables criterio (PCV y satisfacción con la salud), se han realizado análisis jerárquicos de regresión múltiple con el método introducir. Estos análisis pretenden localizar las variables predictoras más eficaces de la variable dependiente. Por lo tanto, existe una sola variable dependiente (Y) y múltiples variables independientes (X1, X2, etc). Para ello se comparan los diferentes coeficientes beta ( $\beta$ ) y se ve cuáles tienen más fuerza predictora o explican mayor porcentaje de la varianza de Y. Además, manteniendo constantes el resto de las variables, permite comprobar el cambio que se originará en Y por cada cambio en X. Por otra parte, el valor  $R^2_{\text{corregido}}$  muestra el porcentaje de la variable dependiente que explica el modelo que forman las variables independientes. Finalmente, el valor de  $F$  indica si hay una relación lineal significativa entre la variable Y con respecto a las diferentes variables independientes.

Finalmente, para comprobar si el autoconcepto global y las distintas dimensiones del autoconcepto median entre la AF y la PCV se ha aplicado el Test de Aroian por ser algo más estricto que el de Sobel.

El tratamiento estadístico de los datos se ha realizado con el programa de análisis de datos SPSS versión 21.0. Todos los procedimientos estadísticos se han ejecutado a un nivel de confianza del 95 % (nivel de significación  $\leq$  a .05).

#### **4.2.5. Resultados**

Con el objetivo de contrastar la hipótesis 1 que pretende conocer las relaciones entre las diferentes variables estudiadas en esta investigación, se ha realizado un análisis de correlación (véase tabla 48). A continuación, se presentan los resultados divididos en tres sub-hipótesis.

Los resultados indican que la hipótesis 1.1., la práctica de AF se relacionará de manera positiva con los indicadores generales de la CV (PCV y satisfacción con la salud) se cumple de manera parcial. Tal como se observa en la tabla 48, la AF correlacionó de manera positiva con la PCV no siendo así en el caso de la satisfacción con la salud. De esta manera se puede afirmar que las mujeres de este estudio que más AF realizan muestran mejor PCV.

La hipótesis 1.2., la práctica de AF se relacionará positivamente con el bienestar subjetivo (felicidad, satisfacción con la vida y afectividad), solamente se cumple en el caso de los afectos, siendo las mujeres que hacen AF las que tienen mejor afectividad (véase tabla 48).

Finalmente, la hipótesis 1.3., la práctica de AF se relacionará de manera positiva con la autoestima y el autoconcepto, se cumple en el caso del autoconcepto. En la tabla

**Tabla 48.***Coefficientes de correlación de Pearson entre la práctica de AF, la calidad de vida y sus indicadores*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. PCV	----	.402***	.358***	.466***	.291***	.265**	.463***	.487***	.100	.182*	.285***	.238**	.181*
2. Satisfacción con la salud			.085	.239**	.213**	.206**	.287**	.187*	.200*	.024	.142 <sup>t</sup>	.108	.077
3. Felicidad			----	.548***	.386***	.463***	.416***	.355**	.016	.241**	.339***	.271**	.139
4. Satisfacción con la vida				----	.415***	.499***	.488***	.361***	.206*	.176*	.305***	.353***	.082
5. Balanza de afectos					----	.593***	.556***	.357***	.254**	.450***	.329***	.263**	.237**
6. Autoestima						----	.589***	.256**	.372***	.429***	.341***	.373***	.108
7. Autoconcepto							----	.567***	.501***	.635***	.655***	.667***	.178*
8. Autoconcepto Físico								----	.195*	.114	.241**	.097	.296***
9. Autoconcepto Académico/Laboral									----	.180*	.108	.192*	.018
10. Autoconcepto Emocional										----	.260**	.297***	.179*
11. Autoconcepto Social											----	.338***	.113
12. Autoconcepto Familiar												----	.002
13. Actividad Física													----

\*\*\*  $p \leq .001$ , \*\*  $p \leq .010$ , \*  $p \leq .050$ , <sup>t</sup>  $p < .10$



48 se puede observar que la AF no solamente tiene una relación significativa y positiva con el autoconcepto general, también correlaciona con el autoconcepto emocional y físico, siendo la relación con este último la más fuerte. De esta manera se puede decir que las mujeres de este estudio que realizan ejercicio afirman tener un mejor autoconcepto, sobre todo físico y emocional.

A continuación, para examinar la validez predictiva e incremental de la AF sobre la PCV y la satisfacción con la salud, y de esta manera contrastar la hipótesis 2, se han aplicado dos análisis de regresión jerárquica utilizando el método introducir con tres pasos.

En la tabla 49, en la que se usa como variable dependiente la PCV, se puede ver que el primer modelo que incluye los indicadores que guardan relación con la tradición hedónica de la CV (felicidad, satisfacción con la vida y balanza de afectos) es estadísticamente significativo,  $F_{(3,130)} = 14.791, p = .0001$ , y da cuenta de un 23.7 % de la varianza de la PCV ( $R^2 = .254, R^2_{\text{corregida}} = .237$ ). La satisfacción con la vida es la única variable que ha resultado significativa. El segundo modelo que incluye, además de las variables anteriores, la autoestima y el autoconcepto global, es decir las variables que hacen referencia a la evaluación y definición de uno mismo, también ha sido significativo desde el punto de vista estadístico,  $F_{(5,128)} = 12.247, p = .0001$ , dando cuenta de un 29.7 % de la varianza de la variable criterio ( $R^2 = .324, R^2_{\text{corregida}} = .297$ ) (cambio en  $R^2 = .069$ ;  $F_{(2,128)} = 6.539; p = .002$ ). El autoconcepto general y la satisfacción con la vida resultan significativos. El tercer modelo en el que se incluye la AF también ha sido significativo,  $F_{(6,127)} = 4.064, p = .0001$ , y da cuenta de un 31.4 % de la varianza de la PCV ( $R^2 = .345, R^2_{\text{corregida}} = .314$ ) (cambio en  $R^2 = .021$ ;  $F_{(1,127)} = 4.102; p = .045$ ). Las variables predictoras significativas han sido la satisfacción con la vida, el autoconcepto y la práctica de la AF.

**Tabla 49.**

*Validez predictiva e incremental de la AF en la PCV introduciendo el Autoconcepto General*

	V.V.I.I.	$\beta$	$t$	$R^2$	Cambio en $R^2$	Cambio en $F$
Modelo 1	Felicidad	.130	1.724	.254	.254	14.791***
	Satisfacción	.232	3.567**			
	Balanza Afectos	.083	1.211			
Modelo 2	Felicidad	.116	1.575	.324	.069	6.539**
	Satisfacción	.195	2.978**			
	Balanza Afectos	.024	.317			
	Autoestima	-.267	-1.447			
	Autoconcepto	.638	3.589***			
Modelo 3	Felicidad	.114	1.567	.345	.021	4.102*
	Satisfacción	.198	3.053**			
	Balanza Afectos	-.001	-.012			
	Autoestima	-.268	-1.468			
	Autoconcepto	.617	3.507**			
	Actividad Física	.018	2.025*			

\*\*\*  $p \leq .001$ , \*\*  $p \leq .010$ , \*  $p \leq .050$

Por otra parte, en la tabla 50, que tiene como variable dependiente la satisfacción con la salud, se observa que el primer modelo en el que se incluyen como variables independientes la felicidad, la satisfacción con la vida y la balanza de afectos (el bienestar subjetivo) resulta significativo [ $F_{(3,130)} = 5.102$ ,  $p = .002$ ], explicando un 8.5 % de la varianza de la satisfacción con la salud ( $R^2 = .105$ ,  $R^2_{\text{corregida}} = .085$ ). En este modelo la afectividad es la única variable que resulta significativa. El segundo modelo, en el que se incluyen la autoestima y el autoconcepto, no es significativo siendo  $F_{(2,128)} = 1.153$ ,  $p = .319$ . El tercer y último modelo, al que se ha incorporado la AF como variable independiente, es significativo, pero de manera tendencial dando cuenta de un 10.1 % de la varianza de la satisfacción con la salud [ $F_{(1,127)} = 3.007$ ,  $p = .085$ ;  $R^2 = .141$ ,  $R^2_{\text{corregida}} = .101$ ]. En este caso la práctica de AF es la variable predictora que resulta tendencialmente significativa.

**Tabla 50.**

*Validez predictiva e incremental de la AF en la Satisfacción con la Salud introduciendo el Autoconcepto General*

	V.V.I.I.	$\beta$	$t$	$R^2$	Cambio en $R^2$	Cambio en $F$
Modelo 1	Felicidad	.019	.203	.105	.105	5.102**
	Satisfacción	.126	1.597			
	Balanza Afectos	.181	2.182*			
Modelo 2	Felicidad	-.006	-.062	.121	.016	1.153
	Satisfacción	.088	1.060			
	Balanza Afectos	.107	1.093			
	Autoestima	.143	.614			
	Autoconcepto	.261	1.158			
Modelo 3	Felicidad	-.008	-.086	.141	.020	3.007 <sup>t</sup>
	Satisfacción	.091	1.102			
	Balanza Afectos	.079	.806			
	Autoestima	.143	.616			
	Autoconcepto	.238	1.063			
	Actividad Física	.019	1.734 <sup>t</sup>			

\*\*\*  $p \leq .001$ , \*\*  $p \leq .010$ , \*  $p \leq .050$ , <sup>t</sup> $p < .10$

Según los resultados obtenidos, se puede afirmar que la hipótesis 2, la AF será un predictor importante de la PCV y la satisfacción con la salud, aumentando de forma significativa la varianza explicada de ambos componentes de la CV, se cumple, aunque el efecto predictor es mayor en la PCV.

A fin de examinar las diferencias existentes en función del enfoque unidimensional y multidimensional del autoconcepto y de esta manera contrastar la hipótesis 3, se han realizado otros dos nuevos análisis de regresión jerárquica por pasos con el método introducir. En este caso se han incluido las dimensiones del autoconcepto (físico, familiar, académico/laboral, emocional y social) en lugar del autoconcepto global (véanse tablas 51 y 52).

En la tabla 51 se observa que el primer modelo es estadísticamente significativo,  $F_{(3,130)} = 14.791$ ,  $p = .0001$ , y da cuenta de un 23.7 % de la varianza de la PCV ( $R^2 = .254$ ,  $R^2_{\text{corregida}} = .237$ ), siendo la satisfacción con la vida el único predictor significativo.

El segundo modelo también resulta significativo desde el punto de vista estadístico,  $F_{(9,124)} = 8.622$ ,  $p = .0001$ , y da cuenta de un 34 % de la varianza de la variable criterio ( $R^2 = .385$ ,  $R^2_{\text{corregida}} = .340$ ) (cambio en  $R^2 = .130$ ;  $F_{(6,124)} = 4.382$ ;  $p = .0001$ ). Por último, el tercer modelo que es de nuevo estadísticamente significativo,  $F_{(10,123)} = 8.038$ ;  $p = .0001$ , explica un 34.6 % de la varianza de la PCV ( $R^2 = .395$ ,  $R^2_{\text{corregida}} = .346$ ) (cambio en  $R^2 = .010$ ;  $F_{(1,123)} = 2.095$ ,  $p = .150$ ). En ambos modelos la satisfacción con la vida y el autoconcepto físico fueron estadísticamente significativos.

**Tabla 51.**

*Validez predictiva e incremental de la AF en la PCV introduciendo las Dimensiones del Autoconcepto*

	V.V.I.I.	$\beta$	$t$	$R^2$	Cambio en $R^2$	Cambio en $F$
Modelo 1	Felicidad	.130	1.724	.254	.254	14.791**
	Satisfacción	.232	3.567**			
	Balanza Afectos	.083	1.211			
Modelo 2	Felicidad	.062	.842	.385	.130	4.382***
	Satisfacción	.173	2.640**			
	Balanza Afectos	-.002	-.028			
	Autoestima	-.137	-.737			
	Autoconcepto Físico	.373	4.521***			
	Autoconcepto Académico-Laboral	-.095	-.899			
	Autoconcepto Social	.118	1.318			
	Autoconcepto Emocional	.126	1.419			
	Autoconcepto Familiar	.094	1.036			
Modelo 3	Felicidad	.064	.873	.395	.010	2.095
	Satisfacción	.175	2.678**			
	Balanza Afectos	-.016	-.215			
	Autoestima	-.143	-.770			
	Autoconcepto Físico	.350	4.184***			
	Autoconcepto Académico-Laboral	-.084	-.794			
	Autoconcepto Social	.120	1.342			
	Autoconcepto Emocional	.113	1.271			
	Autoconcepto Familiar	.101	1.116			
Actividad Física	.013	1.447				

\*\*\*  $p \leq .001$ , \*\*  $p \leq .010$ , \*  $p \leq .050$

Por otro lado, los resultados de la tabla 52 indican que solamente el primer modelo resulta significativo [ $F_{(3,130)} = 5.102, p = .002$ ] y explica un 8.5 % de la varianza de la satisfacción con la salud ( $R^2 = .105, R^2_{\text{corregida}} = .085$ ). En este caso es la balanza de afectos la variable predictora que resulta estadísticamente significativa. Los modelos 2 y 3 [ $F_{(10,124)} = .911, p = .490$ ] y [ $F_{(11,123)} = 2.203, p = .140$  respectivamente] no han resultado significativos. Sin embargo, los análisis muestran que las dos variables predictoras más cercanas a la significatividad son el autoconcepto físico (.141) y la AF (.140), por lo tanto, los resultados van en la misma dirección que en los análisis con el autoconcepto general como variable predictora.

**Tabla 52.**

*Validez predictiva e incremental de la AF en la Satisfacción con la Salud introduciendo las Dimensiones del Autoconcepto*

	V.V.I.I.	$\beta$	$t$	$R^2$	Cambio en $R^2$	Cambio en $F$
Modelo 1	Felicidad	.019	.203	.105	.105	5.102**
	Satisfacción	.126	1.597			
	Balanza Afectos	.181	2.182**			
Modelo 2	Felicidad	-.007	-.076	.143	.038	.911
	Satisfacción	.080	.932			
	Balanza Afectos	.087	.870			
	Autoestima	.156	.641			
	Autoconcepto Físico	.193	1.787 <sup>t</sup>			
	Autoconcepto Académico-Laboral	.099	.711			
	Autoconcepto Social	-.051	-.433			
	Autoconcepto Emocional	.075	.645			
	Autoconcepto Familiar	-.003	-.027			
	Modelo 3	Felicidad	-.005			
Satisfacción		.082	.964			
Balanza Afectos		.068	.674			
Autoestima		.149	.613			
Autoconcepto Físico		.162	1.482			
Autoconcepto Académico-Laboral		.114	.822			
Autoconcepto Social		-.049	-.416			
Autoconcepto Emocional		.058	.494			
Autoconcepto Familiar		.006	.051			
Actividad Física		.017	1.484			

\*\*\*  $p \leq .001$ , \*\*  $p \leq .010$ , \*  $p \leq .050$

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en los diferentes análisis de regresión realizados, se puede decir que la hipótesis 3, esto es, la capacidad predictiva de la AF variará dependiendo de si el autoconcepto se mide de forma global o por dimensiones específicas, se cumple, aunque en el caso de los análisis de la satisfacción con la salud, los resultados no son significativos. Sin embargo, resulta evidente en el caso de los análisis de regresión de la PCV, comparando la tabla 49 y la tabla 51, que en el momento en el que se introduce el autoconcepto por dimensiones, la AF deja de ser un predictor significativo, tal como lo era en la tabla 49, y el autoconcepto físico se convierte en la variable predictora más importante.

También se han realizado dos análisis de mediación para comprobar si el efecto predictivo de la AF sobre la PCV estaba mediado por el autoconcepto global y físico que han resultado ser predictores significativos de la PCV (hipótesis 4). No se han llevado a cabo los análisis de mediación con la satisfacción con la salud, ya que en las regresiones previas ni el autoconcepto ni el autoconcepto físico fueron predictores significativos de esta variable dependiente.

En primer lugar, para examinar si el autoconcepto global tiene un efecto mediador se aplicaron tres análisis de regresión. Como se puede ver en la figura 12, en el primer modelo, la AF predecía de forma significativa la PCV [ $F_{(1,158)} = 5.358$ ,  $p = .022$ ,  $R^2 = .033$ ,  $R^2_{\text{corregida}} = .027$ ; coeficiente  $b = .020$  ( $ET = .009$ ) y coeficiente beta estandarizado = .181]. A fin de controlar los efectos espurios o de confundido, en el resto de los análisis de regresión se incluyeron como covariables los datos sociodemográficos (edad, ocupación laboral, nivel de estudios y estado civil), los indicadores hedonistas de la CV (satisfacción con la vida, felicidad y balanza de afectos), y la autoestima. En el segundo modelo (vease figura 13), la AF no fue un predictor significativo de la variable mediadora autoconcepto [ $F_{(9,121)} = 11.516$ ,  $p = .0001$ ,  $R^2 = .461$ ,  $R^2_{\text{corregida}} = .421$ ; coeficiente  $b =$

.002 ( $ET = .004$ ) y coeficiente beta estandarizado = .036]. En el tercer modelo (véase figura 13), tanto la AF como el autoconcepto predecían de forma significativa la PCV [ $F_{(10,120)} = 6.628, p = .0001, R^2 = .356, R^2_{\text{corregida}} = .302$ ]. Los coeficientes  $b$  y  $Beta$  para la AF, cuando se controla el autoconcepto, fueron .019 ( $ET = .009$ ) y .163 respectivamente, similares a los valores .020 y .181, cuando se analizan sus efectos directos. El autoconcepto se asoció con un coeficiente  $b$  de .610 ( $ET = .182$ ) y un coeficiente  $Beta$  de .335, cuando se controla la AF.

Para analizar la significación estadística del efecto mediador, se aplicó el test de Aroian. El análisis no resultó estadísticamente significativo,  $z = 1.91$ , lo que implica que el efecto de la AF sobre la PCV no aumenta de forma significativa cuando el autoconcepto se incluye en el modelo como mediador (vease figura 13).

En función de estos resultados se puede afirmar que la Hipótesis 4, el autoconcepto mediará entre la AF y la dimensión subjetiva de la CV, no se confirma.

En segundo lugar, a fin de comprobar si el autoconcepto físico actúa de mediador entre la AF y la PCV se siguió el mismo procedimiento (véase figura 14). Como ya se ha comentado previamente, la AF predecía de forma significativa la percepción que tienen las personas sobre su CV ( $b = .020; \beta_{\text{estandarizada}} = .181$ ). En el segundo modelo, la AF también predecía de forma significativa la variable mediadora de autoconcepto físico [ $F_{(9,129)} = 6.157, p \leq .0001, R^2 = .300, R^2_{\text{corregida}} = .252$ ], los coeficientes  $b$  y  $\beta$  estandarizado fueron .023 ( $ET = .009$ ) y .209 respectivamente. En el tercer modelo [ $F_{(10,128)} = 6.964, p \leq .0001, R^2 = .352, R^2_{\text{corregida}} = .302$ ], el autoconcepto físico predecía de forma significativa la PCV,  $t = 3.341, p = .001$ , mientras que la AF dejó de ser un predictor significativo,  $t = 1.301, p = .196$ , de la PCV. Los coeficientes  $b$  y  $\beta$  para la AF, controlando el autoconcepto físico, fueron .011 ( $ET = .009$ ) y .126 respectivamente, inferiores a los valores .020 y .181, cuando se analizan sus efectos directos. El

autoconcepto físico se asoció con un coeficiente  $b$  de .287 ( $ET = .086$ ) y un coeficiente beta estandarizado de .295, cuando se controla la AF.

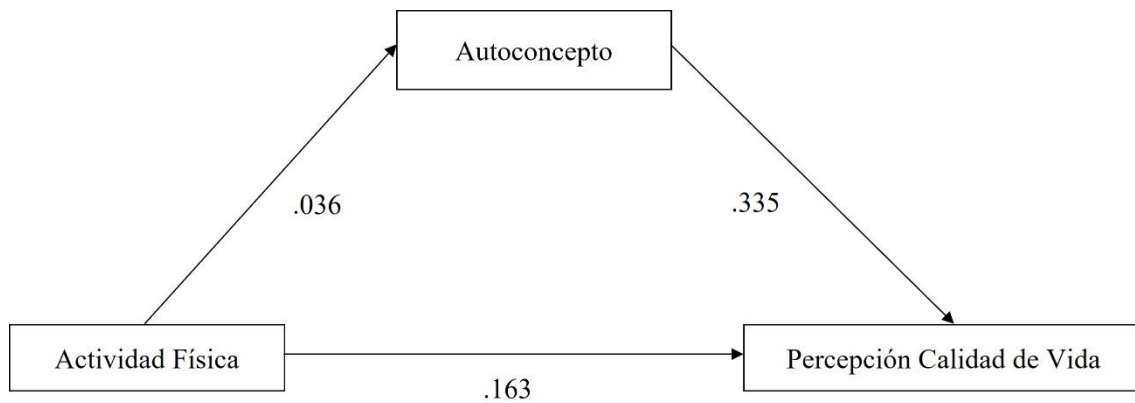
**Figura 12.**

*La relación entre la AF y la PCV*



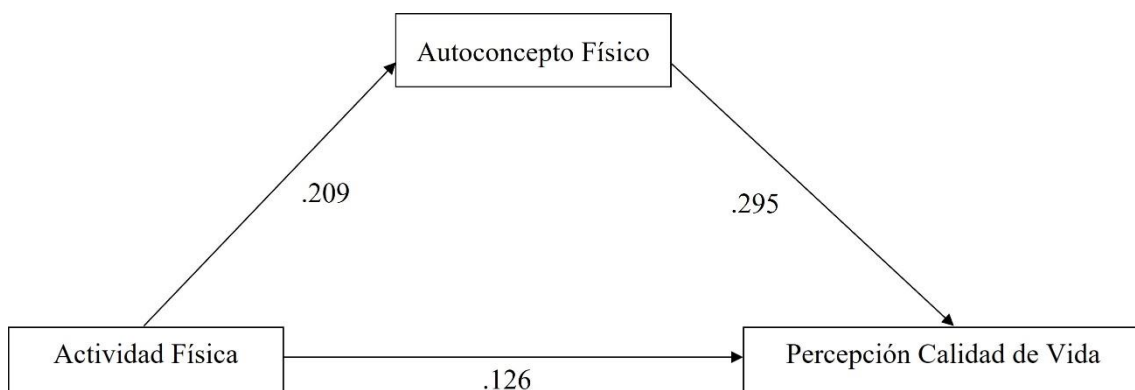
**Figura 13.**

*El Autoconcepto General como mediador entre la AF y la PCV*



**Figura 14.**

*El Autoconcepto Físico como mediador entre la AF y la PCV*





El test de Aroian indicó que el efecto mediador era estadísticamente significativo,  $z = 1.97, p \leq .05$ . Por tanto, esto muestra que el efecto de la AF sobre la PCV aumenta de forma significativa cuando el autoconcepto físico se incluye en el modelo como mediador.

La ratio entre el efecto total directo y el indirecto se utilizó para conocer la fuerza del efecto mediador. El efecto indirecto, computado como el producto de los coeficientes mediadores de .209 y .295, fue .062, el efecto directo fue .181, y la ratio de los dos fue .3425. Por tanto, aproximadamente un 34.25 % del efecto de la AF sobre la PCV estaba mediado por el autoconcepto físico (véase figura 14).

Al igual que en las hipótesis anteriores, los resultados indican que la Hipótesis 5, la capacidad predictiva de la AF y el efecto mediador del autoconcepto variarán dependiendo de si éste se mide de forma global o por dimensiones específicas, también se cumple.

### **4.3. Discusión**

El objetivo principal de este estudio era ahondar en la relación existente entre la práctica de AF y diferentes variables relacionadas con la CV en mujeres sanas. Para ello se han contrastado diversas hipótesis que se discuten a continuación.

Respecto a la primera hipótesis planteada en este estudio, esto es, la práctica de AF estará relacionada positivamente con los componentes generales de CV (la PCV y la satisfacción con la salud), sus indicadores subjetivos (felicidad, satisfacción con la vida y afectividad) y con las percepciones personales (la autoestima y el autoconcepto) en mujeres adultas, en este estudio se observa que se cumple solo en alguno de los casos que se detallan a continuación.

En este sentido, la hipótesis 1.1 que propone la relación entre la AF y los indicadores generales de la CV, se cumplió solamente en el caso de la PCV. Por lo tanto,

este estudio confirma que la práctica de AF está relacionada de forma positiva con la PCV en el caso de las mujeres adultas y sanas. Se puede decir que las mujeres de este estudio que son físicamente activas tienen mejor PCV. Apoyando estos resultados, son diversos los estudios que han utilizado el WHOQOL-Bref o algunas de sus dimensiones para medir la influencia que la AF tiene en la PCV y en la satisfacción con la salud en distintas muestras, y que han concluido que ésta se relaciona de manera positiva con ambos indicadores de CV. Por ejemplo, el estudio realizado por da Silva et al. (2013) con una muestra mixta de 1966 voluntarios de una comunidad universitaria en Brasil (alumnos y profesores), mostró que las personas que son físicamente más activas tienen mejor CV y salud física. Según Ballesteros y Maciá (1993), son muchos los factores que influyen en la CV de las personas (salud, aptitudes funcionales, ser capaz de cuidar de uno mismo, condiciones económicas, relaciones sociales, acceso a servicios sociales y de salud, calidad de su vivienda, poder sentirse satisfecho con su vida, poder acceder a oportunidades culturales y educativas, y tener la oportunidad de aprender nuevas cosas) pero desde hace unos años, a esta larga lista se le incluye ya la práctica de AF, pues influye sobre el bienestar mental y sobre el nivel de CV de las personas (Zagalaz et al., 2001). Por el contrario, a pesar de que investigaciones previas como la realizada por Ghaseminezhad (2011), indican que las mujeres que hacen ejercicio tienen mejor satisfacción con la salud, en este estudio no se ha encontrado relación en ese sentido.

Teniendo en cuenta la hipótesis 1.2 que dice que la AF se relaciona de manera significativa y positiva con el bienestar subjetivo (felicidad, satisfacción con la vida y afectividad), ésta se cumplió solamente en el caso de la afectividad, siendo las personas que hacen AF las que tienen una mayor afectividad. Son muchas las investigaciones que han demostrado que la práctica de AF guarda una relación significativa con los aspectos hedónicos del bienestar como la satisfacción con la vida, la felicidad y el afecto positivo.

Por ejemplo, en el estudio realizado por Cruz-Ferreira et al. (2014), con mujeres adultas (de 25 a 55 años) que realizan un entrenamiento de Pilates, se constató que después de 6 meses de entrenamiento, su satisfacción con la vida era mejor. Igualmente, la investigación realizada con mujeres que llevaron a cabo Huang y Humphreys (2011) en Estados Unidos, indica que hacer ejercicio aumenta la felicidad y mejora la salud. También en el estudio desarrollado por Feuerhahn et al. (2014), con una muestra mixta, pero con mayoría de mujeres, se observa que hacer ejercicio físico después del trabajo hace que mejore el afecto positivo. Finalmente, en el estudio realizado por Borges-Silva et al. en 2016, con una muestra de mujeres, se afirma que la práctica de AF mejora la satisfacción con la vida, la satisfacción con su propio cuerpo y el bienestar personal. Pero, a pesar de estas evidencias, apoyando los resultados de esta investigación, otros estudios también han encontrado que la AF no siempre guarda relación significativa con alguno de los indicadores del bienestar subjetivo como la satisfacción con la vida o el afecto negativo. En concreto, Goñi e Infante (2010) realizaron un estudio sobre la AF, el autoconcepto y la satisfacción con la vida en el que los resultados indicaban que no existía relación entre la práctica de ejercicio y la satisfacción con la vida. De la misma manera, la investigación que llevaron a cabo Feuerhahn et al. (2014) contrastó la relación con el afecto positivo, no siendo así con el afecto negativo. Estos resultados pueden deberse a las distintas formas de conceptualizar estos indicadores, tal como argumentan Goñi e Infante (2010).

Finalmente, la hipótesis 1.3, la AF se relaciona de manera positiva y significativa con la autoestima y el autoconcepto, se cumplió solamente en el caso del autoconcepto. Existen numerosas investigaciones que se centran en la relación de la AF con otros componentes fundamentales de la CV como son la autoestima y el autoconcepto. García et al. (2012), en una muestra de personas mayores, encontraron que aquellas que hacen

más ejercicio son las que se creen más valiosas y capaces, y las que se sienten mejor consigo mismas y con los demás. También el estudio realizado por Elavsky y McAuley (2007) con mujeres menopaúsicas indica que la práctica de AF y los efectos que conlleva, como pueden ser la pérdida de peso, hacen que las mujeres se sientan mejor físicamente. De la misma manera, esta relación también se encuentra en estudios realizados con muestras de universitarios y adolescentes. Candel et al. (2008) llevaron a cabo un estudio con una muestra de 226 chicas adolescentes (entre 16 y 19 años) murcianas en el que las chicas que hacían ejercicio eran las que obtuvieron mejores puntuaciones en casi todas las dimensiones del autoconcepto. Martín et al. (2010) realizaron un estudio con 213 adolescentes a los que se les encuestó en dos momentos: durante el último año de instituto y el año siguiente. La investigación mostró que las chicas que hacen ejercicio tienen mejor autoconcepto general y físico. De todas las variables analizadas en este estudio, el autoconcepto físico es la que correlaciona de forma más fuerte con la AF. Corroboran estos resultados varios estudios como, por ejemplo, el meta-análisis realizado por Fox (2000) en el que se concluyó que el 78% de 36 estudios analizados encontraron cambios positivos en la autoestima y el autoconcepto físico como consecuencia del ejercicio. Este resultado se puede considerar robusto, debido a que las investigaciones examinadas son de tipo experimental y están menos afectadas por artefactos conductuales. Asimismo, otros meta-análisis (e.g., Ekeland et al., 2004; Spence et al., 2005) indican que la AF tiene una influencia moderada (de 0.23 a 0.57) en el autoconcepto físico. Los resultados también encuentran lo que Fox (2000) apuntó, esto es, que la AF tiene un efecto más poderoso en el autoconcepto físico comparado con el autoconcepto global. El estudio de Opendacker et al. (2009) también arroja evidencia empírica a favor de la mayor influencia de la práctica de la AF en el autoconcepto físico. Sin embargo, no existe una relación significativa con la autoestima, concepto muy cercano al autoconcepto, e igualmente

importante al hablar de CV, tal como se indica en algunos estudios (e.g., Campos et al., 2003; García y Forment, 2018).

Por otro lado, la hipótesis 2 de este estudio que indica que la AF será un predictor importante de la PCV y de la satisfacción con la salud, se cumplió de manera parcial. En el caso de la PCV, cuando se incluye el autoconcepto general, sus predictores son la satisfacción con la vida, el autoconcepto general y la AF. Esta última aumenta de forma ligera y significativa la varianza explicada de la PCV. Sin embargo, cuando se usan las dimensiones del autoconcepto, los predictores son solamente la satisfacción con la vida y el autoconcepto físico. Es decir, que la AF predice la PCV siempre y cuando se use el autoconcepto en su forma global, puesto que al incluir las diferentes dimensiones de éste la AF deja de ser un predictor significativo, constatando la importancia que tiene el autoconcepto físico en la PCV en esta muestra de mujeres. Tal como sucede en el estudio de Goñi e Infante (2010), el autoconcepto físico predice una mejor PCV, independientemente de la práctica de la AF. Por otra parte, en el caso de la satisfacción con la salud, la práctica de AF es un predictor tendencial y al incluir las dimensiones del autoconcepto, el modelo no resulta significativo, aunque la dirección es la esperada. A la luz de estos resultados, también podemos afirmar que la hipótesis 3 de esta investigación, la capacidad predictiva de la AF variará dependiendo de si el autoconcepto se mide de forma global o por dimensiones específicas, se cumple tal como se esperaba (Goñi e Infante, 2010).

Además, los resultados de este estudio muestran que el autoconcepto y la PCV están también estrechamente vinculados. De forma que las mujeres con un mejor autoconcepto general, físico, emocional, social y familiar valoran de manera más positiva su CV. Otros estudios también han encontrado una relación entre el autoconcepto global y físico, y distintas dimensiones del bienestar subjetivo como por ejemplo el que

realizaron Goñi e Infante en 2010. El estudio se realizó con 408 adultos (con mayoría de mujeres) y en él se comprobó que las personas que tienen mejor autoconcepto físico tienen mejor satisfacción con la vida, así como que el autoconcepto físico es mayor en las personas que hacen más ejercicio. Por consiguiente, la práctica de AF estaba relacionada de manera indirecta con la satisfacción con la vida a través del autoconcepto físico.

Respecto a la hipótesis 4 de este estudio, que propone que el autoconcepto media la relación entre la AF y PCV, los resultados encontrados indicaron que el autoconcepto físico actuaba como una variable mediadora entre la práctica de AF y la PCV, mientras que el autoconcepto global no jugó un papel mediador. Esta dimensión del autoconcepto explicó más de un 30% de la influencia que la AF tenía en la valoración que hacían las mujeres de su CV. Varios estudios muestran conclusiones similares. Un estudio realizado por Dishman et al. (2006), con 1250 chicas estudiantes de bachillerato, con una media de edad de 17,66 años ( $DT = 0.61$ ), indica que el autoconcepto es un mediador entre la práctica de AF y la autoestima. En el estudio de Martín-Albo et al. (2012) se encontró que, en una muestra de 293 personas que practicaban ejercicio físico, el autoconcepto físico también era un mediador entre la motivación intrínseca y la satisfacción con la vida. Estas investigaciones previas avalan los resultados obtenidos en este estudio en el que la imagen que tiene la mujer de sí misma (una de las variables centrales de la personalidad) junto con la satisfacción con la vida, son las variables que más contribuyen a que mejore la PCV. Es decir, la forma en la que una persona se representa desde el punto de vista físico (autoconcepto físico) es un determinante fundamental que contribuye a una percepción más positiva de la CV. Por consiguiente, vistos los resultados de los análisis de mediación, se puede afirmar que la hipótesis 5, el efecto mediador del autoconcepto variará dependiendo de si éste se mide de forma global o por dimensiones específicas, se cumplió.

Como afirma Martínez (2001), la relevancia del autoconcepto físico se puede explicar por la intensa presión social, fundamentalmente dirigida a las mujeres, de que un físico delgado proporciona felicidad, ya que éste, por lo general, se asocia a la belleza y atractivo sexual e implica más poder y control sobre el cuerpo; la imagen corporal no está sólo ligada a la belleza física, sino a características de personalidad altamente valoradas socialmente. Esto es coherente con el estudio realizado por Ruiz et al. (2007) con una muestra representativa de la población de La Habana de 1144 personas de al menos 15 años en el que los análisis diferenciados por sexo indican que una de las motivaciones fundamentales de las mujeres para realizar AF era mejorar su estética (33.1 %).

En síntesis, los resultados obtenidos en este estudio apoyan el enfoque multidimensional del autoconcepto, ya que aportan una visión más precisa de las relaciones que existen entre la PCV, la AF y distintas dimensiones del autoconcepto. De forma que el autoconcepto físico se presenta como una variable poderosa que ejerce un efecto mediador entre la AF y la PCV.

#### **4.3.1. Fortalezas y Limitaciones**

Es conveniente comentar que este estudio cuenta con algunas limitaciones de tipo metodológico.

Por un lado, en la investigación se ha aplicado un diseño transversal que no permite establecer relaciones causales entre las variables. Es decir, presenta problemas de validez interna. Sin embargo, es un tipo de diseño muy empleado, porque ofrece información relevante y tiene un coste inferior al resto de diseños de investigación.

Respecto a la muestra, una de las limitaciones es la falta de validez externa, ya que se ha empleado un muestreo no probabilístico, lo cual implica que la muestra no sea representativa de la sociedad y, por lo tanto, los resultados no sean generalizables a toda

la población. En este caso los resultados solo pueden circunscribirse a la muestra de mujeres que han participado en el estudio. Otro hándicap radica en que se ha utilizado un muestreo por conveniencia. Este muestreo ha derivado en que gran parte de la muestra de mujeres está compuesta por estudiantes, ya que ha sido el sector más accesible y colaborador a la hora de realizar las encuestas. Esta diferencia provoca que exista una descompensación en la muestra que puede que haya desvirtuado los resultados.

Por otra parte, hay que tener en cuenta los sesgos inherentes a la utilización de medidas subjetivas de auto-informe. Hoy en día las medidas de auto-informe, como las que se han empleado en este estudio, que consisten en preguntar al encuestado su grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a una afirmación, son muy utilizadas principalmente por dos cuestiones: la primera porque su administración resulta muy sencilla y se obtienen resultados de manera rápida, y la segunda porque confía en los procesos introspectivos como forma eficaz de indagar en los aspectos emocionales y afectivos del ser humano. Sin embargo, estas medidas son criticadas principalmente por dos problemas: la deseabilidad social, y el sesgo premeditado en la respuesta, bien para dar una imagen social deseada o una peor imagen de lo que se espera (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004).

Por último, también es necesario que se tengan en cuenta los posibles problemas que pueden derivarse de la forma en la que se ha codificado la AF. Atendiendo a la literatura, para medir la práctica de AF es recomendable que se tengan en cuenta tres dimensiones, esto es, frecuencia, duración e intensidad. Sin embargo, la dimensión intensidad, a pesar de que se incluyó en el cuestionario, no se pudo medir de manera correcta. Esta variable requiere ser medida mediante la aplicación de un test durante la realización del ejercicio (que requiere de una serie de condiciones de laboratorio). Ante la imposibilidad de realizar esta medición, se adaptó el cuestionario de esfuerzo percibido



de Borg (1998) y se le indicó a la persona encuestada que contestase lo más fielmente posible a las preguntas según su sensación de esfuerzo. Esta adaptación presentaba problemas a la hora de la medición, dada su subjetividad, por lo que no se pudo emplear a la hora de crear el indicador de AF. Este indicador fue creado multiplicando la frecuencia por la duración según lo recomendado por Kriska y Caspersen (1997), aunque cuenta con la limitación de que se pierde información discriminativa. Por ejemplo, se puede interpretar igual el hecho de realizar AF 3 días a la semana durante 10 minutos que un día a la semana durante 30 minutos. Por los mismos motivos, la intensidad tampoco se utilizó para crear los grupos de práctica de AF. Estos grupos se crearon siguiendo las recomendaciones de los expertos: no practica, practica de manera esporádica, practica de manera regular (Balaguer, 2002; Haskell et al., 2007; y Molina, 2007).

#### **4.3.2. Futuras líneas de investigación**

Teniendo en cuenta los resultados de la investigación y las limitaciones que se han detectado en la realización de este estudio, se proponen algunas futuras líneas de investigación que pretenden, por una parte, solventar los problemas metodológicos y, por otra, dar respuesta a algunos aspectos conceptuales. Finalmente se proponen algunas posibles implicaciones prácticas.

A continuación, se exponen las líneas de investigación que pretenden solventar los problemas metodológicos detectados en esta investigación:

- Se propone la creación de un modelo experimental para conocer si la AF es realmente la causa de la mejora de la CV y sus otros indicadores. En este caso se trataría de un experimento de campo desarrollado en un contexto natural donde el investigador controlaría en mayor medida las variables de interés y la influencia de variables extrañas.

- En cuanto al diseño de la investigación, sería interesante realizar un diseño longitudinal para poder comparar los resultados en dos momentos temporales y ver las diferencias existentes a lo largo del tiempo.
- Para poder generalizar los resultados obtenidos en el estudio y contar con una muestra representativa de la sociedad, se propone utilizar un muestreo probabilístico estratificado. Este muestreo consiste en dividir a la población en subpoblaciones, seleccionar una de ellas y dentro de ésta hacer un muestreo aleatorio simple. Por ejemplo: Seleccionar a la población de un barrio concreto de la ciudad de Burgos.
- Además, se plantea la creación de un indicador de AF más fiable que utilice la frecuencia, la duración y la intensidad. Para ello se hace necesario medir la intensidad de manera adecuada, utilizando algún elemento de medida como puede ser un pulsómetro. Con la medición de la frecuencia cardíaca se puede determinar la intensidad a la que se está practicando ejercicio y no es demasiado costoso. En este sentido sería posible utilizar también alguno de los modelos de relojes inteligentes que existen en el mercado, los cuales cuentan casi en su mayoría con las características necesarias para llevar a cabo una buena medición de la AF.

También son varias las líneas de investigación teórica que se pueden abrir teniendo en cuenta la presente investigación:

- Por un lado, se debería profundizar en los mecanismos implícitos en el papel mediador que ejerce el autoconcepto físico entre la práctica de AF y otros componentes subjetivos de la CV como puede ser la satisfacción con la vida.
- También sería interesante determinar cuál de las dimensiones del autoconcepto físico (habilidad física, condición física, atractivo físico o fuerza) es la que tiene un mayor peso como variable mediadora en función del género (hombre o mujer), o de las distintas

etapas de la vida (infancia, adolescencia, juventud, adultez y senectud) o del estado de salud de las personas.

Asimismo, se proponen dos implicaciones prácticas que se derivan de este estudio:

- Por una parte, siendo el autoconcepto físico el motor fundamental que impulsa a estas mujeres jóvenes y adultas a practicar AF, sería conveniente diseñar intervenciones que relativizaran los beneficios físicos derivados de la AF y potenciaran otros aspectos que también son fundamentales para incrementar la PCV como son los beneficios saludables, emocionales y sociales asociados al ejercicio.
- De igual manera, este estudio también confirma la necesidad de incluir medidas multidimensionales del autoconcepto, tanto en las investigaciones de tipo básico, como en las de tipo aplicado. Conocer la importancia otorgada a cada una de las dimensiones del autoconcepto permitirá diseñar estrategias más específicas para la mejora de la CV percibida y la salud.

## **CAPÍTULO 5**

### **CONCLUSIONES**



A lo largo de esta investigación se ha tratado de dar respuesta al objetivo general planteado, «conocer la relación entre la práctica AF y los diferentes aspectos de la CV, especialmente aquellos relacionados con sus dimensiones subjetivas». Para ello, se han realizado dos estudios empíricos, uno con población general y otro únicamente con mujeres, los cuales, a su vez, se sustentan en varios objetivos complementarios:

El estudio 1, titulado «Actividad física y calidad de vida en población general», se ha fundamentado en los siguientes objetivos:

1. Conocer la relación existente entre la práctica de la AF, la CV y diferentes variables asociadas con la salud y el bienestar personal.

1.1. Analizar la relación entre la práctica de la AF y las variables socio-demográficas como el sexo y la edad.

1.2. Conocer la agrupación de los participantes en el estudio en función de la frecuencia, duración e intensidad de la práctica de AF y su relación con la edad y las variables relacionadas con la CV.

1.3. Estudiar la relación que existe entre la AF y los componentes subjetivos de la CV (satisfacción con la vida, felicidad y afectividad), el bienestar eudaimónico (Bienestar Psicológico), el *flow*, el autoconcepto, la autoestima, la salud mental, el apoyo social y la soledad.

1.4. Comprobar la influencia que tiene la AF en la CV y en sus diferentes variables asociadas (satisfacción con la vida, felicidad, afectividad, bienestar psicológico, *flow*, autoconcepto, autoestima, salud mental, apoyo social y soledad).

Por su parte, en el estudio 2, titulado «Mujer, actividad física y calidad de vida: el autoconcepto como mediador», se pretenden alcanzar los siguientes objetivos:

2. Ahondar en la relación existente entre la práctica de AF y diferentes variables relacionadas con la CV en mujeres sanas.

2.1. Estudiar las relaciones existentes entre la práctica de AF, la PCV, la satisfacción con la salud y otros indicadores de CV.

2.2. Analizar la validez predictiva e incremental de la práctica deportiva sobre la percepción que tienen las mujeres acerca de su CV y su satisfacción con la salud. Es decir, se examinó el grado en que una nueva variable (AF) mejoraba la capacidad predictiva de un conjunto de medidas previas (bienestar subjetivo, autoconcepto y autoestima) sobre las variables criterio (PCV y la satisfacción con la salud).

2.3. Comprobar si el efecto predictivo de la AF sobre la PCV y la satisfacción con la salud está mediado por el autoconcepto y/o sus dimensiones.

2.4. Verificar las diferencias de resultados dependiendo del enfoque unidimensional o multidimensional utilizado para medir el autoconcepto.

Teniendo en cuenta la temática abordada y las características de la presente tesis doctoral, esta se ha dividido en 4 capítulos: en el capítulo 1 se ha expuesto el marco teórico relativo a la CV y otras variables asociadas a la misma; en el capítulo 2 se ha desarrollado el marco teórico referente a la AF; en el capítulo 3 se ha desarrollado el primero de los estudios empíricos. Por último, el capítulo 4 se ha destinado al segundo estudio empírico. De esta manera, de forma general, el primer y el segundo capítulo nos han servido para conocer la situación actual respecto a los dos conceptos clave de esta investigación: la CV y sus constructos relacionados y la AF. Por su parte, el capítulo 3 nos ha servido para conocer las relaciones existentes entre ambos conceptos en población general, así como para localizar el sector poblacional en el que la relación es más estrecha y concretar qué variables tienen más impacto, dando lugar al segundo estudio.

Finalmente, el capítulo 4 nos ha permitido profundizar en la relación de la CV y las diferentes variables relacionadas con la salud, así como con el bienestar personal y la práctica de AF, en un grupo de mujeres sanas.

A continuación, veremos de forma más detallada las conclusiones obtenidas en cada uno de estos capítulos.

### *Conclusiones de los capítulos 1 y 2*

En el **capítulo 1** hemos profundizado en la visión hedónica y eudaimónica del bienestar para diferenciar entre ambas perspectivas. El bienestar hedónico, abordado desde la psicología positiva, diferencia entre CV objetiva, relacionada con la disponibilidad de bienes y servicios, y CV subjetiva o bienestar subjetivo, compuesto a su vez por la satisfacción con la vida, la afectividad y la felicidad. Por su parte, desde la perspectiva eudaimónica del bienestar, se extrae el concepto de bienestar psicológico, el cual es complementario al de CV. Finalmente, para comprender mejor los conceptos de CV y de bienestar se han estudiado otros conceptos afines como: el *flow*, la salud mental, la autoestima, el autoconcepto, el apoyo social y la soledad; los cuales presentan una influencia directa en el concepto principal, y complementan la perspectiva subjetiva de CV y bienestar abordada en esta investigación. El conocimiento de esta visión global de CV y bienestar nos ha permitido seleccionar las variables más idóneas para realizar los estudios que componen esta tesis. En concreto, se incluyeron las siguientes variables: CV, la satisfacción con la vida, la felicidad y la afectividad (las cuales forman parte del bienestar subjetivo), el bienestar psicológico, el *flow*, la salud mental, la autoestima, el autoconcepto, la soledad y el apoyo social.

En el **capítulo 2** hemos realizado una descripción del concepto de AF, el cual también es muy amplio y se puede estudiar desde diferentes perspectivas. El análisis de este concepto nos ha permitido decidir la mejor manera de medir la práctica de AF. En el



caso de esta tesis doctoral, la importancia radicaba en conocer si las personas eran físicamente activas o no. Por tanto, se consideró partir de la definición de AF aportada por Sánchez (2006), en la que se indica que AF es toda actividad planeada, espontánea o involuntaria, que suponga un gasto de energía y que active a la persona a nivel corporal, psíquico y emocional, porque en ella se incluyen actividades de la vida cotidiana, del ámbito laboral y del ocio.

Por otra parte, la revisión bibliográfica sobre la AF nos ha permitido identificar sus componentes básicos: frecuencia, duración e intensidad. Para obtener información ajustada a la realidad sobre la AF que realizan las personas, es necesario medir estas tres variables. Por este motivo, las medimos en los dos estudios empíricos. En el caso concreto de la intensidad, dado que su evaluación objetiva a través de cuestionarios autoadministrados no resultaba sencilla, para evaluarla utilizamos una adaptación de la escala de esfuerzo percibido de Borg.

#### *Conclusiones de los capítulos 3 y 4*

A continuación, nos centraremos en las conclusiones de los estudios empíricos. El primer estudio empírico desarrollado en el **capítulo 3**, nos ha permitido alcanzar el primer objetivo de la tesis, esto es, analizar la relación entre la práctica de la AF y las variables socio-demográficas como el sexo y la edad.

Por un lado, se ha demostrado que los hombres son más activos físicamente que las mujeres. Además, los análisis realizados en función del sexo con la variable AF operacionalizada de forma categórica (sedentario, esporádico y regular) indican que esto es así en todas las categorías, siendo aún más evidente en el grupo de hombres y mujeres que practican AF de forma regular. Por tanto, hay menos hombres sedentarios que mujeres y hay más hombres que mujeres que practican AF regularmente. Asimismo, a la hora de ver las diferencias en cada una de las variables relacionadas con la AF, que son

frecuencia, duración e intensidad, se ha comprobado que los hombres realizan AF de forma más frecuente y con mayor intensidad.

Por otro lado, los análisis realizados en función de la edad han mostrado la existencia de diferencias significativas en el caso de las mujeres, de manera que a medida que se hacen mayores, la práctica de AF aumenta. Además, si se comparan los tres grupos de práctica de AF, cabe destacar que son las mujeres más mayores las que practican en mayor medida AF de forma regular. Sin embargo, el resultado obtenido ha sido contrario al esperado, ya que se preveía que fueran las personas más jóvenes las que realizasen más AF. Este resultado inesperado se puede interpretar desde dos perspectivas diferentes. La primera de ellas se relaciona con el sexo de los participantes. Cuando se compara la AF de hombres y mujeres generalmente son los primeros los que suelen realizar más (e.g., Alvariñas et al. 2009; Ramírez-Vélez et al., 2015; Sevil et al., 2017). Del mismo modo, cuando se comparan personas jóvenes con mayores, también son las primeras las que suelen realizar más AF (García-Ferrando, 2006; Gómez et al., 2005). Es posible que, al centrarnos solo en mujeres, las diferencias esperadas en función de la edad se hayan visto compensadas y, por ese motivo, en nuestro caso, las mujeres mayores, al estar jubiladas y disponer de más tiempo, realizaran más AF que las mujeres jóvenes. La segunda posible interpretación está relacionada con la procedencia de las personas que participaron en la investigación. En este estudio, la muestra de personas de mayor edad se obtuvo, en su mayoría, de diferentes centros de ocio, lo que puede implicar que estuvieran más interesadas en la realización de actividades, entre las que se encuentran algunas AF, distorsionando el resultado final obtenido en este sentido.

Este primer estudio también nos ha permitido conocer la agrupación de los participantes en el estudio en función de la frecuencia, duración e intensidad de la práctica de AF, así como su relación con la edad y las variables asociadas con la CV.

En primer lugar, como se ha expuesto anteriormente, se ha confirmado que existen tres grupos de práctica de AF: sedentarios, moderados y activos. El grupo de sedentarios está compuesto por aquellas personas que hacen AF de forma menos frecuente, con menor duración e intensidad; el grupo de moderados lo componen quienes realizan AF de manera medianamente frecuente, con una duración intermedia y una intensidad moderada; y el grupo de activos está formado por los que practican AF más frecuentemente, de forma más duradera e intensa.

En segundo lugar, en función de estos agrupamientos se ha podido comprobar que las personas de más edad son las más activas. Asimismo, aquellas personas activas, por un lado, están más satisfechas con su salud general y física; y, por otro lado, tienen mejores relaciones con su entorno y, además, poseen un mejor autoconcepto tanto general como físico. Finalmente, las personas pertenecientes al grupo que hace AF de forma moderada presentan un apoyo social mayor que las sedentarias.

Estudiar la relación que existe entre la AF y los componentes subjetivos de la CV, el bienestar psicológico, el *flow*, el autoconcepto, la autoestima, la salud mental, el apoyo social y la soledad, así como comprobar su influencia en las mismas han sido otros de los objetivos que se han cumplido al elaborar el primer estudio empírico.

Los resultados de los análisis realizados han indicado que las personas que realizan AF muestran una mejor PCV, están más satisfechas con salud, además de presentar una mejor CV relacionada con el ambiente/entorno. Asimismo, las personas que hacen más AC son más felices, están más satisfechas con su vida y cuentan con un mayor autoconcepto, destacando dentro de este, la dimensión de autoconcepto físico. No obstante, también se ha podido comprobar que la relación entre la práctica de AF y las distintas dimensiones del bienestar psicológico únicamente era significativa en el caso de las relaciones positivas. Además de resultar significativa, la relación entre ambas es

negativa. Por tanto, las personas que realizan más AF experimentan peores relaciones sociales positivas; cuestión contraria a la esperada. Una posible explicación a este resultado podría ser el clima que existe dentro de los clubes deportivos, en los que se fomenta la motivación centrada en el ego, cuestión muy ligada a la rivalidad y competitividad que en ellos se vive (Moreno-Murcia et al., 2014). Sin embargo, la relación entre apoyo social y AF sí ha resultado positiva.

Asimismo, se ha profundizado en la relación existente entre las dimensiones de CV, que son PCV, satisfacción con la salud, salud física, salud psicológica, relaciones sociales y entorno, y aquellas variables con las que ha habido relación significativa en análisis anteriores para conocer el papel predictor de la AF. Con los análisis realizados se ha podido determinar que el predictor más fuerte es la satisfacción con la vida debido, fundamentalmente, a dos razones: por un lado, se halla en todas las dimensiones de CV (salvo en la salud física) y, por otro lado, ha obtenido la puntuación más alta en casi todos los análisis. Asimismo, la salud mental predice la satisfacción con la salud, salud física y psicológica. No obstante, también hemos podido observar que tanto la felicidad como el autoconcepto solamente predicen la salud psicológica; y el autoconcepto es predictor de la CV relacionada con las relaciones sociales y el entorno. Además, la AF, por una parte, predice la dimensión general de la CV, la PCV, y por otra parte predice el dominio del entorno. Todos estos resultados han indicado que la práctica de AF no es el predictor más fuerte, aunque sí uno de los más importantes en algunas de las dimensiones de la CV.

El último objetivo de este estudio, esto es, comprobar la influencia de la AF en la CV y sus diferentes variables asociadas, también se ha cumplido al determinar el efecto mediador de la CV entre la AF y el bienestar subjetivo. Los análisis realizados nos han indicado que las personas más activas físicamente son más felices, están más satisfechas con su vida y tienen mejor afectividad a través de la mejora en su CV. Además, la CV se

presenta como un mediador más potente del bienestar subjetivo comparado con el psicológico.

Gracias al análisis exhaustivo de todas las variables abordadas en el primer estudio, desarrollado en el capítulo 3, hemos podido determinar cuáles de ellas demostraron tener una relación más estrecha con la práctica de AF, así como con la CV y el bienestar. Estas variables fueron las seleccionadas para desarrollar el segundo estudio. Asimismo, debido a los resultados obtenidos en el análisis en función de la edad (las mujeres de más edad son más activas físicamente), se decidió llevar a cabo un segundo estudio con mujeres con edades comprendidas entre los 18 y los 45 años.

Este segundo estudio empírico, desarrollado en el **capítulo 4** de esta tesis, plantea como objetivo general ahondar en la relación existente entre la práctica de AF y diferentes variables relacionadas con la CV en mujeres sanas. A continuación, se explica cómo se ha alcanzado este objetivo a través de la descripción de cada uno de los objetivos específicos del estudio.

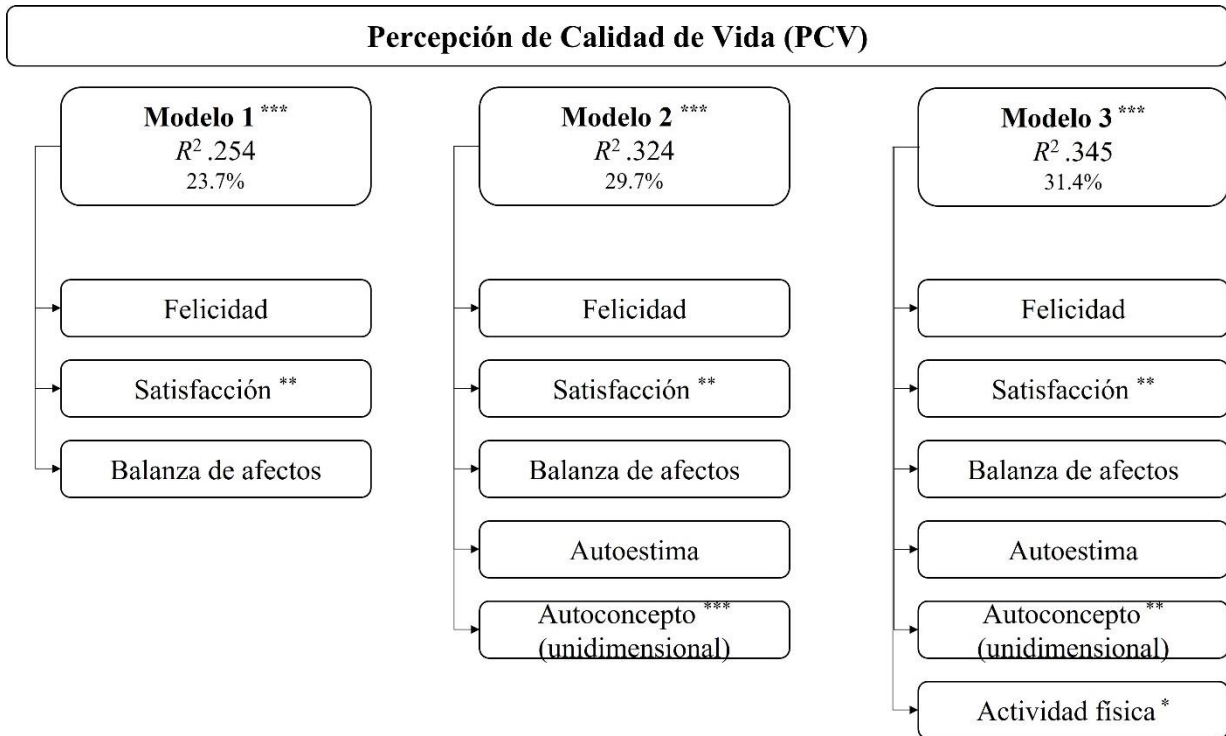
En primer lugar, hemos comprobado que las mujeres que hacen AF tienen mejor PCV que las que no lo hacen y, también, hemos observado una relación positiva y significativa de la AF con la afectividad, es decir las personas que practican más AF son las que tienen una mejor balanza de afectos; finalmente, hemos constatado que son las personas activas las que gozan de un mejor autoconcepto. Por tanto, se ha cumplido el primer objetivo que es estudiar las relaciones entre la práctica de AF, la PCV, la satisfacción con la salud y otros indicadores de CV. Sin embargo, estos resultados no muestran que la práctica de AF tenga relación con la satisfacción con la salud, ni con la felicidad, ni con la satisfacción con la vida, ni con la autoestima. Apoyándonos en estudios como el de Goñi e Infante (2010), este resultado inesperado podría deberse a las diferentes formas de conceptualizarse que tiene la satisfacción con la vida. Es decir, no

es lo mismo entender la satisfacción con la vida desde una perspectiva de satisfacción personal que complementa a la CV, tal como lo abordaron Felce y Perry (1995), que entenderla como parte de los aspectos cognitivos del bienestar subjetivo entendido desde la hedónica del bienestar (Moyano y Ramos, 2007).

Analizar la validez predictiva e incremental de la práctica deportiva sobre la PCV de las mujeres y su satisfacción con la salud, ha sido otro de los objetivos que se ha cumplido en este segundo estudio, mediante la realización de diversos análisis. En primer lugar, tal y como se puede comprobar en la figura 15, hemos comprobado que el modelo que mejor predice la PCV es el formado por la práctica de AF, el bienestar subjetivo, es decir, la felicidad, la satisfacción con la vida y la afectividad, la autoestima y el autoconcepto en su enfoque unidimensional. Esto significa que, teniendo en cuenta el enfoque unidimensional del autoconcepto, la AF mejora la capacidad predictiva de la PCV. Sin embargo, al incluir en los modelos el autoconcepto con sus dimensiones, la AF deja de ser predictor, adquiriendo mayor relevancia el autoconcepto físico. Por tanto, hemos podido concluir que la AF predice la PCV siempre que se emplee el autoconcepto en su enfoque unidimensional. Este resultado podría deberse a que, tal como se indica en estudios como el de Goñi e Infante (2010), el autoconcepto físico es la dimensión del autoconcepto a la que más importancia dan las personas, así como una de las variables que tienen en mayor consideración, relegando, de esta manera, la variable AF.

**Figura 15.**

Validez predictiva e incremental de la AF en la PCV con el Autoconcepto unidimensional.



Nota. \*\*\*  $p \leq ,001$ , \*\*  $p \leq ,010$ , \*  $p \leq ,050$ . Fuente: elaboración propia.

En segundo lugar, estos mismos análisis realizados con la variable satisfacción con la salud mostraron resultados diferentes. En este caso, el modelo que incluye el bienestar subjetivo (i.e. felicidad, satisfacción con la vida y afectividad), la autoestima, el autoconcepto en su enfoque unidimensional y la AF como predictores, solo resulta ser tendencialmente significativa. Por su parte, al incluir las diferentes dimensiones del autoconcepto en este mismo modelo, la AF deja de tener efecto predictor.

Por su parte, se ha corroborado que el autoconcepto general no media la relación entre la práctica de AF y la CV. Sin embargo, el autoconcepto físico sí ejerce un rol mediador entre ambos. Por tanto, hemos determinado que las mujeres de esta muestra parecen hacer AF para mejorar su autoconcepto y, de manera indirecta, esta práctica mejora su PCV. Podemos afirmar, por tanto, que los resultados de este segundo estudio

apoyan el enfoque multidimensional del autoconcepto, que se presenta como la variable con más fuerza al ejercer un efecto mediador entre la PCV en las mujeres de esta muestra. De esta manera, se han cumplido los dos últimos objetivos de este estudio que son, por un lado, comprobar si el efecto predictivo de la AF sobre la PCV y la satisfacción con la salud está mediado por el autoconcepto y/o sus dimensiones; por otro lado, verificar las diferencias de resultados dependiendo del enfoque unidimensional o multidimensional para medir el autoconcepto.

Una vez analizada la consecución de los objetivos y vistos los resultados, se puede considerar que esta tesis ha sido novedosa porque ofrece una visión completa de la influencia de la práctica de AF en la CV de las personas.

#### *Implicaciones teóricas y prácticas*

Una vez finalizada la presente tesis doctoral y a la luz de los resultados obtenidos, esta ha supuesto algunas implicaciones teóricas y prácticas que se detallan a continuación.

A nivel teórico, el estudio en profundidad del constructo de AF nos ha permitido constatar la necesidad de emplear los tres componentes de la AF, que son frecuencia, duración e intensidad, para medir la práctica total de AF que realizan las personas. Los resultados obtenidos en sendos estudios empíricos han puesto de manifiesto la necesidad de incluir en el indicador de AF la intensidad para obtener mayor y mejor información sobre la práctica de AF.

De la misma manera, algunos resultados obtenidos en los dos estudios empíricos que componen esta tesis ponen de manifiesto algunas implicaciones a nivel práctico:

Por una parte, en esta tesis a medida que aumenta la edad de las personas, estas practican más AF. Este dato pudiera arrojar luz sobre el creciente nivel de sedentarismo existente entre la gente joven, el cual afecta directamente a su CV. Por tanto, es necesario



conocer las causas por las que la gente joven es más inactiva a fin de proponer soluciones a este respecto que eviten el crecimiento del sedentarismo.

Por otra parte, que las personas que más ejercicio practican sean las que tienen peores relaciones sociales dirige la mirada a qué es lo que ocurre en los entornos en los que se practica ejercicio. Este dato nos ha ayudado a comprender que en algunos clubes deportivos existe un alto nivel de competitividad que puede empeorar las relaciones entre sus integrantes. Asimismo, este resultado implica que en investigaciones posteriores se preste especial atención al lugar en el que se practica AF, indicando el tipo de club en el que se realiza ejercicio (e.g., un club concreto de fútbol o bien un gimnasio) y al ambiente que existe en el mismo, especificando si hay rivalidades, si se hacen comparaciones entre las personas, etc.

Finalmente, en el caso concreto de las mujeres, el dato que indica que las mujeres practican ejercicio para mejorar su autoconcepto, mejorando indirectamente su CV, nos ha aportado información sobre la importancia que tiene para ellas sentirse bien consigo mismas. No obstante, este dato también ha dejado al descubierto la posibilidad de que este «sentirse bien consigo mismas» esté derivado de una presión social marcada por estereotipos. Por tanto, en futuras investigaciones será necesario centrarse, además de en el autoconcepto, en la autopercepción y en la autoaceptación, como una de las dimensiones del bienestar psicológico.

#### *Limitaciones, fortalezas y líneas futuras de investigación*

A continuación, se presentan las limitaciones más importantes que se han detectado en la presente tesis, acompañadas de sus principales fortalezas y de algunas líneas de investigación (diferentes a las ya que ya se han expuesto previamente) que se pueden abrir a partir de los resultados obtenidos.

Por un lado, existen limitaciones respecto a la muestra y al tipo de muestreo aplicado. El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico ya que no se utilizó un procedimiento aleatorio en ninguna de las fases. Esto afecta a la validez externa de los estudios empíricos presentados, limitando su representatividad. Por su parte, la muestra recogida es solamente de la provincia de Burgos, lo cual limita el alcance del estudio. No obstante, los dos estudios cuentan con una muestra bastante amplia y el primero de ellos presenta un gran equilibrio en lo que al género se refiere.

Por otro lado, tal como se ha indicado en los estudios empíricos que componen esta tesis doctoral, la medición de la intensidad de la práctica de AF se ha realizado de manera subjetiva mediante la adaptación de la Escala de Esfuerzo Percibido de Borg (1988). Esto ha supuesto que no tengamos datos totalmente objetivos, dada la imposibilidad de aplicar la escala en un espacio controlado. Sin embargo, la información sobre este componente solo fue necesaria para realizar los análisis relativos a la agrupación de las personas en función de la práctica de AF, no lo fue para la creación del indicador de AF, puesto que lo que pretendíamos era conocer el tiempo total dedicado a la práctica de AF de las personas.

Con el objetivo de dar solución a algunas de las limitaciones detectadas en esta tesis y como consecuencia de los resultados obtenidos, se han planteado algunas futuras líneas de investigación.

En primer lugar, se propone la modificación del diseño de la investigación para incrementar la validez interna. Por tanto, se propone la realización de un estudio con un diseño experimental y longitudinal. De esta manera, se mejoraría la calidad de los datos obtenidos y se podrían establecer relaciones causa/efecto. A pesar de que para la elaboración de la tesis se ha considerado necesario emplear un diseño transversal para conocer mejor las variables con los que se ha trabajado y recabar información sobre las

relaciones estudiadas, se considera necesario evolucionar con el cambio a un diseño longitudinal que incluya, al menos, dos momentos diferentes de evaluación.

En segundo lugar, se plantea la realización de un estudio con una muestra más amplia de la ciudad de Burgos y empleando un muestreo por cuotas en el que se tengan en cuenta, al menos, las siguientes categorías: edad, sexo y nivel de práctica de AF. En función de los resultados obtenidos, se podría replicar el mismo estudio a nivel provincial, de comunidad autónoma o estatal.

En tercer lugar, se propone una mejora en la medición de la intensidad de la práctica de AF empleando técnicas e instrumentos más actuales y objetivos, como puede ser el uso de acelerómetros o el cuestionario I-PAQ (Roman-Viñas et al., 2010). Por una parte, el uso de los acelerómetros está muy extendido, pues muchos de los actuales relojes deportivos aportan información relativa a la intensidad que quedan reflejados en diferentes aplicaciones que se pueden consultar de manera objetiva a través de los móviles o de ordenadores. Por otra parte, el uso del I-PAQ simplifica la obtención de información objetiva sobre la intensidad de la AF, aunque dicha información no es tan concreta como la que puede obtenerse con los acelerómetros. En líneas generales, la inclusión de la intensidad medida de forma directa derivaría, por consiguiente, en la necesidad de mejorar el indicador de AF utilizado de tal manera que incluyera sus tres componentes principales: frecuencia, duración e intensidad.

En cuarto lugar, surge la necesidad de realizar una investigación centrada en población universitaria, pues se ha comprobado que son las personas más jóvenes las que menos AF practican. Dado que estos resultados han sido contrarios a los esperados, sería conveniente continuar investigando a este respecto para indagar si la interpretación que proponemos se confirma.

Finalmente, otra posible línea de investigación gira en torno a los resultados obtenidos que han indicado que las personas que realizan más AF, tienen peores relaciones sociales. Este dato, ha resultado sorprendente y se ha considerado que requiere más atención para conocer las causas por las que esto puede suceder.

#### *Nota final*

La realización de esta tesis doctoral ha supuesto un reto personal, pues incorpora una gran cantidad de análisis estadísticos que la convierten en un documento completo de análisis de la relación entre la CV y la práctica de AF. Se puede considerar, por tanto, esta tesis como un punto de partida para la elaboración de otras investigaciones más complejas que utilicen diseños experimentales y con muestras más representativas y amplias.

Para finalizar, cabe destacar las cuestiones más importantes de esta tesis doctoral. Por una parte, el aprendizaje relativo a los dos constructos principales, la CV y la AF, que se ha logrado gracias a la revisión bibliográfica realizada. Por otra parte, el aprendizaje referente a los análisis estadísticos: su utilidad, su ejecución a través del programa estadístico SPSS, y su interpretación; los cuales se han adquirido con el apoyo, la guía y el seguimiento de la dirección y codirección de esta tesis.



# **BIBLIOGRAFÍA**



- Abbott, R. A., Ploubidis, G. B., Huppert, F.A., Kuh, D. y Croudace, T. J. (2010). An Evaluation of the Precision of Measurement of Ryff's Psychological Well-Being Scales in a Population Sample. *Social Indicators Research*, 97, 357–373. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9506-x>
- Abrams, M. (1973). Research on subjective social indicators. *Social trends*, 4, 35–50.
- Abrams, M. (1976). A review of work on subjective social indicators 1971 to 1975. *Social Science Research Council*, 8.
- Acevedo, M.R., Pavin, C.L., Fossati, F., Vinholes, F., Cozzensa, M. y Curi, P. (2007). Gender differences in leisure-time physical activity. *International Journal of Public Health* 52, 8–15. <http://dx.doi.org/10.1007/s00038-006-5062-1>
- Adams, K. B., Sanders, S. y Auth, E. (2004). Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and resilience factors. *Aging & mental health*, 8(6), 475-485. <https://doi.org/10.1080/13607860410001725054>
- Ainslie, P., Reilly, T. y Westerterp, K. (2003). Estimating human energy expenditure: a review of techniques with particular reference to doubly labelled water. *Sports Med.* 33, 683-698. <http://doi.org/10.2165/00007256-2003333090-00004>
- Alarcón, R. (2006). Desarrollo de una escala factorial para medir la felicidad. *Interamerican Journal of Psychology*, 40(1), 99-106.
- Al-Otaibi, H.H. (2013). Measuring stages of change, perceived barriers and self efficacy for physical activity in Saudi Arabia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14(2), 1009-1016. <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2013.14.2.1009>
- Álvarez, L., Cuevas, R., Lara, A. y González-Hernández, 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.



- Alvariñas, M., Fernández, M.A. y López, C. (2009). Actividad física y percepciones sobre deporte y género. *Revista de investigación educativa*, 6, 113-122. <https://reined.webs4.uvigo.es/index.php/reined/article/view/58>
- Alvariñas, M. y González, M. (2004). Relación entre la práctica físico-deportiva extraescolar y el autoconcepto físico en la adolescencia. *Revista de educación física: renovar la teoría y práctica*, 94, 5-8.
- Alvaro, J. L. y Garrido, A. (1995). *Análisis de datos con SPSS/PC+*. Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Amado, D., Leo, F.M., Sánchez, P. A., Sánchez, D. y Gacía, T. (2011). Interacción de la teoría de la autodeterminación en la fluidez disposicional en practicantes de danza. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 11(1), 7-17. <https://revistas.um.es/cpd/article/view/120501>
- American College of Sports Medicine (1999). *Handbook for the evaluation and prescription of exercise*. Paidotribo.
- An, H. Y., Chen, W., Wang, C. W., Yang, H. F., Huang, W. T. y Fan, S. Y. (2020). The relationships between physical activity and life satisfaction and happiness among young, middle-aged, and older adults. *International journal of environmental research and public health*, 17(13), 1-10. <http://doi.org/10.3390/ijerph17134817>
- Anaby D., Jarus T. y Zumbo B.D. (2010). Psychometric evaluation of the Hebrew language version of the satisfaction with life scale. *Social Indicators Research*, 96(2), 267-274. <http://doi.org/10.1007/s11205-009-9476-z>
- Andrews, F. M. y Withey, S. B. (1976). *Social indicators of well-being*. London.
- Angarita, A. (2010). *Evaluación de la reproducibilidad del international physical activity questionnaire (IPAQ) y del global physical activity questionnaire (GPAQ) en una*

*población adulta del área urbana de Bucaramanga*. [Tesis de maestría].  
Universidad Industrial de Santander.

Angner, E. (2011). The evolution of eupathics: the historical roots of subjective measures of wellbeing. *The International Journal of Wellbeing*, 1, 4-41.  
<https://ssrn.com/abstract=799166>

Anokye, N. K., Trueman, P., Green, C., Pavey, T. G. y Taylor, R. S. (2012). Physical activity and health related quality of life. *BMC public health*, 12(1), 1-8.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-624>

Aparicio-Ugarriza, R., Aznar, S., Mielgoayuso, J., Benito, P. J., Pedrerochamizo, R., Ara, I. y González-Gross, M. (2015). Estimación de la actividad física en población general: métodos instrumentales y nuevas tecnologías. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 21(1), 215-24.  
<http://doi.org/10.14642/RENC.2015.21.sup1.5068>

Ara, I., Aparicio-Ugarriza, R., Morales-Barco, D., Aznar, S., Nascimento de Souza, W., Mata, E. y González-Gross, M. (2015). Evaluación de la actividad física en la población general; cuestionarios validados. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 21(1), 209-214. <http://doi.org/10.14642/RENC.2015.21.sup1.5067>

Aranguren, M. y Irrazabal, N. (2015). Estudio de las propiedades psicométricas de las escalas de bienestar psicológico de Ryff en una muestra de estudiantes Argentinos. *Ciencias Psicológicas*, 9(1), 73-83.

Arbuckle, J.L. (2005) *Amos 6.0 User's Guide*. Amos Development Corporation.

Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de psicología*, 35(2), 161-164.

- Argyle, M. (1999). Causes and correlates of happiness. En Kahneman, D., Diener, Schwarz, E. y N. (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 353-373). Russell Sage Foundation.
- Arita, B., Romano, S., García, N. y Félix, M. D. R. (2005). Indicadores objetivos y subjetivos de la calidad de vida. *Enseñanza e investigación en psicología*, 10(1), 93-102.
- Arlie, J., Foster, A. y Birch, K. (2022). An investigation onto the optimal wear time criterion necessary to reliably estimate physical activity and sedentary behaviour from ActiGraph wGT3X + accelerometer data in older care home residents. *BCM Geriatrics*, 22, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02725-6>
- Arnau, J. (1995). Metodología de la investigación psicológica. En M.T. Anguera et al., *Métodos de investigación en Psicología*, Síntesis.
- Arrindell, W.A., Heesink, J. y Feij, J. A. (1999). The satisfaction with life scale (SWLS): appraisal with 1700 health young adults in the Netherlands. *Personality and Individual Differences*, 26(5), 815-826. [http://doi.org/10.1016/S0191-8869\(98\)00180-9](http://doi.org/10.1016/S0191-8869(98)00180-9)
- Arruza, J. A., Arribas, S., Gil de Montes, L., Irazusta, S., Romero, S. y Cecchini, J.A. (2008). Repercusiones de la duración de la Actividad Físico-deportiva sobre el bienestar psicológico. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 8(30), 171-183. [Http://cdeporte.rediris.es/revista/revista30/artrepercusiones83.htm](http://cdeporte.rediris.es/revista/revista30/artrepercusiones83.htm)
- Arvidsson, D. (2009). *Physical activity and energy expenditure in clinical settings using multisensor activity monitors*. University of Gothenburg.

- Asakawa, K. (2004). Flow experience and autotelic personality in Japanese college students: How do they experience challenges in daily life? *Journal of Happiness Studies*, 5(2), 123–154.
- Asakawa, K. y Yana, K. (2010). Applying Flow Theory to the Evaluation of the Quality of experience in a Summer School Program Involving E-interaction. *Hosei University Repository*, 279-285.
- Atienza, F.L., Pons, D., Balaguer, I. y García-Merita, M. (2000). Propiedades Psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes. *Psicothema*, 12, 2, 314-319.  
<https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7597>
- Avia, M. D. y Vázquez, C. (1999). *Optimismo Inteligente*. Alianza Editorial, S.A.
- Babic, M. J., Morgan, P. J., Plotnikoff, R. C., Lonsdale, C., White, R. L. y Lubans, D. R. (2014). Physical activity and physical self-concept in youth: systematic review and meta-analysis. *Sports Medicine*, 44(11), 1589-1601.
- Badia, X., Salamero, M. y Alonso, J. (1999): La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. Edimac
- Bădicu, G. (2018). Physical activity and health-related quality of life in adults from Braşov, Romania. *Education Sciences*, 8(2), 52.  
<https://doi.org/10.3390/educsci8020052>
- Balaguer, I. y Castillo, I. (2002). Actividad física, ejercicio físico y deporte en la adolescencia temprana. En I. Balaguer (Ed.), *Estilos de vida en la adolescencia* (pp. 37-64). Promolibro.
- Balatsky G. y Diener, E. (1999). Subjective well-being among Russian students. *Social Indicators Research*, 28(3), 225-243.

- Bandmann, E. (2008). *Physical activity questionnaires. A critical review of methods used in validity and reproducibility studies*. [Tesis doctoral]. GHI - The Swedish School of Sport and Health Sciences.
- Bandura, R. (2008). *A survey of composite indices measuring country performance: 2008 update*. United Nations Development Programme, Office of Development Studies (UNDP/ODS Working Paper). Disponible en: [https://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/Development%20Studies/indices\\_2008\\_bandura.pdf](https://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/Development%20Studies/indices_2008_bandura.pdf)
- Baron, R. y Kenny, D. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social Psychological research: conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, 6, 1173-1182.
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y salud*, 14(2), 237-243. <https://doi.org/10.25009/pys.v14i2.848>
- Barraza, A. (2020). Escala de Felicidad Subjetiva: Análisis de sus propiedades Psicométricas. *Psychologia*, 14(1), 29-39. <http://doi.org10.21500/19002386.4267>
- Barriopedro, M.I., Eraña, I. y Mallol, Ll. (2001). Relación de la actividad física con la depresión y satisfacción con la vida en la tercera edad. *Revista de Psicología del Deporte*, 10, 239-246.
- Barrón, A. y Chacón, F. (1990). Efectos directos y protectores frente al estrés del apoyo social. *Investigaciones psicológicas*, 8, 197-206.
- Bassi, M., Steca, P., Monzani, D., Greco, A. y Delle Fave, A. (2014). Personality and optimal experience in adolescence: Implications for well-being and development. *Journal of Happiness Studies*, 15(4), 829-843.

- Bauer, J. J. (2008). How the ego quiets as it grows: Ego development, growth stories, and eudaimonic personality development. En Wayment, H.A. y Bauer, J.J. (Eds.), *Transcending self-interest: Psychological explorations of the quiet ego* (pp. 199-210). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11771-018>
- Bauer, J.J., McAdams, D.P. y Pals, J.L. (2008). Narrative identity and eudaimonic well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 81-104. <http://doi.org/10.1007/s10902-006-9021-6>
- Bauer, J.J., Schwab, J.R. y McAdams, D.P. (2011). Self-actualizing: Where ego development finally feels good? *The Humanistic Psychologist*, 39, 121-136. <https://doi.org/10.1080/08873267.2011.564978>
- Bauman, A., Phongsavan, P., Schoeppe, S. y Owen, N. (2006). Medición de actividad física: una guía para la promoción de la salud. *Global Health Promotion*, 13(2), 92-103.
- Bauman, A., Sallis, J.F. y Owen, N. (2002). Environmental and policy measurement in physical activity research. En G. Welk (Ed.). *Physical Activity Assessments for Health- Related Research* (pp. 241-251). Human Kinetics.
- Bauman, A.E., Reis, R.S., Sallis, J., Wells, J.C., Loos, R.J.F., Martin, B.W., Alkandari, J.R., Andersen, L.B., Balir, S.N., Brownson, R.C., Bull, F.C. y Craig, C. L. (2012). Correlates of physical activity: Why are some people physically active and other not? *The Lancet*, 380 (9838), 258-271. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60735-1](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60735-1)
- Beck, J. G., Novy, D. M., Diefenbach, G. J., Stanley, M. A., Averill, P. M. y Swann, A. C. (2003). Differentiating anxiety and depression in older adults with generalized

anxiety disorder. *Psychological Assessment*, 15(2), 184 –192.

<https://doi.org/10.1037/1040-3590.15.2.184>

Bentler, P.M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107, 238–246.

Bigelow, D. A., McFarland, B. H. y Olson, M. M. (1991). Quality of life of community mental health program clients: Validating a measure. *Community Mental Health Journal*, 27, 43-55.

Billings, D. W., Folkman, S., Acree, M. y Moskowitz, J. T. (2000). Coping and physical health during caregiving: The roles of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(1), 131. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.1.131>

Birkeland, M. S., Breivik, K. y Wold, B. (2014). Peer acceptance protects global self-esteem from negative effects of low closeness to parents during adolescence and early adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(1), 70-80. <http://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2005.00191.x>

Bisquert-Bover, M., Ballester-Arnal, R., Gil-Llario, M. D., Elipe Miravet, M. y López-Fando, M. (2020). Motivaciones para el ejercicio físico y su relación con la salud mental y física: un análisis desde el género. *International journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 351-360.

Blández, J., Fernández, E. y Sierra, M.A. (2007). Estereotipos de género, actividad física y escuela: La perspectiva del alumnado. *Revista de currículum y formación del profesorado*, 2(11), 1-22.

- Bohórquez, M. D. R., Lorenzo, M. y García, A. J. (2013). Felicidad y actividad física en personas mayores. *Escritos de Psicología*, 6(2), 6-12. <http://doi.org/10.5231/psy.writ.2013.2106>
- Bok, D. (2010). *The politics of happiness: What government can learn from the new research on well-being*. Princeton University Press.
- Borges-Silva, F., Ruiz-González, L., Salar, C. y Moreno-Murcia, J.A. (2017). Motivación, autoestima y satisfacción con la vida en mujeres practicantes de clases dirigidas en centros de fitness. *Cultura, Ciencia y Deporte*, 12(34). 47-53.
- Blasco-Belled, A. y Alsinet, C. (2022). The architecture of psychological well-being: A network analysis study of the Ryff Psychological Well-Being Scale. *Scandinavian Journal of Psychology*, 63, 199-207. <http://doi.org/10.1111/sjop.12795>
- Borg, G. (1998). *Borg's Perceived Exertion and Pain scales*. Human Kinetics.
- Botelho, P., Silva, P. y Queirós, P. (2000). *Equidade na Educação. Educação Física e Desporto na escola*. Associação Portuguesa A Muller e o Desporto.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Aldine.
- Brazo-Sayavera, J., Aubert, S., Barnes, J. D., González, S. A. y Tremblay, M. S. (2021) Gender differences in physical activity and sedentary behavior: results from over 200,000 Latin-American children and adolescents. *Plos One* 16(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255353>
- Browne, M. W. y Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen, y S. J. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). C.A: Sage.



- Bull, F. C., Maslin, T. S. y Armstrong, T. (2009). Global physical activity questionnaire (GPAQ): nine country reliability and validity study. *Journal of Physical Activity & Health*, 6(6), 790-804. <http://doi.org/0.1123/jpah.6.6.790>
- Buz, J., Pérez-Arechaederra, D., Fernández-Pulido, R. y Urchaga, D. (2015). Factorial Structure and Measurement Invariance of the PANAS in Spanish Older Adults. *The Spanish Journal of Psychology*, 18, 1-11. <http://doi.org/10.1017/sjp.2015.6>
- Cain, K.L., Sallis, J.F., Conway, T.L., Van Dyck, D. y Calhoun, L. (2013). Using accelerometers in youth physical activity studies: a review of methods. *Journal of Physical Activity and Health*, 10(3), 437-450. <https://doi.org/10.1123/jpah.10.3.437>
- Calman, K.C. (1987). Definitions and dimensions of quality of life. En N.K. Aaronson y Beckman (Eds.), *The Quality of life cancer patients* (pp.1-9). Ravens Press.
- Cameron, K. S., Dutton, J. E. y Quinn, R. E. (Eds.). (2003). *Positive organizational scholarship: foundations of a new discipline*. Berrett-Koehler.
- Campbell, A., Converse, P. y Rodgers, W. (1976). *The quality of American life*. Russell Sage Foundation.
- Campos, J., Huertas, J.C., Colado, A., López, L., Pablos, A. y Pablos, C. (2003). Efectos de un programa de ejercicio físico sobre el bienestar psicológico de mujeres mayores de 55 años. *Revista de Psicología del Deporte*, 12, 7-26.
- Candel, N., Olmedilla, A. y Blas, A. (2008). Relaciones entre la práctica de actividad física y el autoconcepto, la ansiedad la depresión en chicas adolescentes. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 8, 61-77.
- Caravali-Meza, N.Y., Bacardí-Gascón, M., Armendariz-Anguiano, A.L. y Jimenez-Cruz, A. (2016). Validación del cuestionario de actividad física del IPAQ en adultos

mexicanos con diabetes tipo 2. *Journal of Negative & No Positive Results*, 1(3), 93-99. <http://doi.org/10.19230/jonnpr.2016.1.3.1015>

Cardon, G. (2004). A pilot study comparing pedometer counts with reported physical activity in elementary schoolchildren. *Pediatric Exercise Science*, 16(3), 55-67. <https://doi.org/10.1123/pes.16.4.355>

Carli, M., Fave, A.D. y Massimini, F. (1988). The quality of experience in the flow channels: comparison of Italian and US students. En Csikszentmihalyi, M. y Csikszentmihalyi, I.s. (Eds.), *Optimal experience: psychological studies of flow in consciousness* (pp. 288-318). Cambridge University Press.

Carlson, J., Liu, B. Sallis, J., Kerr, J., Hipp, J., Staggs, V., Papa, A., Dean, K. y Vasconcelos, N. (2017). Automated ecological assessment of physical activity: advancing direct observation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(12), 1-15. <http://doi.org/10.3390/ijerph14121487>

Casas, F. (1996). *Bienestar social: una introducción psicosociológica*. Promociones y Publicaciones Universitarias, S.A.

Caspen, C.J., Powell, K.E. y Christenson, G.M. (1985). Physical activity, exercise and physical fitness. Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100, 126-131.

Castellano, C., Pérez-Campdepadrós, M., Capdevila, L., Sánchez de Toledo, J., Gallego, S. y Blasco, T. (2013). Surviving Childhood Cancer: relationship between Exercise and Coping on Quality of Life. *Spanish Journal of Psychology*, 16, 1-8. <http://dx.doi.org/10.1017/sjp.2013.1>

Castillo, I., Balaguer, I. y García-Merita, M. (2007). Efecto de la práctica de actividad física y de la participación deportiva sobre el estilo de vida saludable en la

adolescencia en función del género. *Revista de Psicología del Deporte*, 16(2), 201-210.

Cava, M.J. y Musitu, G. (2003). *La potenciación de la autoestima en la escuela*. Paidós.

Cazan, A. M. (2017). Validation and psychometric properties of the Romanian Version of the Subjective Happiness Scale. *Romanian Journal of Cognitive Behavioral Therapy and Hypnosis*, 4(1-2), 1-5.  
<https://pdfs.semanticscholar.org/64f5/d9a17998b691159ad510e0a04e963be7e663.pdf>

Cervelló, E., Santos-Rosa, F.J., Jiménez, R., García Calvo, T. e Iglesias, D. (2007). Young tennis players' competitive task involvement and performance: the role of goal orientations, contextual motivational climate, and coach-initiated motivational climate. *Journal of Applied Sport Psychology*, 19, 304-321.  
<https://doi.org/10.1080/10413200701329134>

Cerrato, S.M., Sallent, S.B., Aznar, F.C., Pérez, E.G. y Carrasco, M.G. (2011). Análisis psicométrico de la escala multidimensional de autoconcepto AF5 en una muestra de adolescentes y adultos de Cataluña [Psychometric analysis of the AF5 multidimensional scale of self-concept in a sample of adolescents and adults in Catalonia]. *Psicothema*, 23, 871-878.  
<https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/9172>

Chavarría, M. P. y Barra, E. (2014). Satisfacción vital en adolescentes: relación con la autoeficacia y el apoyo social percibido. *Terapia psicológica*, 32(1), 41-46.  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100004>

- Cheng, S.T. y Chang A.C. (2005). Measuring psychological well-being in the Chinese. *Personality and Individual Differences* 38(6), 1307-1316. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.08.013>
- Chin-Lung, C., Po-Lin, C., Po-Jui, C., Hsiang-Yi, W., Yi-Chao, C. y Shih-Chi, H. (2019). The Chinese Version of the Subjective Happiness Scale: validation and convergence with multidimensional measures. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 38(2). <http://doi.org/10.1177/0734282919837403>
- Chitgian-Urzúa, V., Urzúa, A. y Vera-Villaruel, P. (2013). Análisis preliminar de las Escalas de Bienestar Psicológico en población chilena. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22(1), 5-14.
- Chui, W. H. y Wong, M. Y. (2016). Gender differences in happiness and life satisfaction among adolescents in Hong Kong: relationships and self-concept. *Social Indicators Research*, 125(3), 1035-1051.
- Cifre, E. y Salanova, M. (2000). Estructura factorial del General Health Questionnaire (GHQ-12) en contexto de innovación: un análisis factorial confirmatorio. *Psicología de la Salud*, 12(2), 75-89. <https://doi.org/10.21134/pssa.v12i2.790>
- Clarke, P.J., Marshall, V.W., Ryff, C.D. y Wheaton, B. (2001). Measuring psychological well-being in the Canadian study of health and aging. *International Psychogeriatrics*, 13(S1), 79-90.
- Clark, L. A. y Watson, D. (1988). Mood and the mundane: relations between daily life events and self-reported mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 296-308. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.2.296>
- Cleland, C.L., Hunter, R.F., Kee, F., Cupples, M.E., Sallis, J.F y Tully, M.A. (2014). Validity of the Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) in assessing levels

- and change in moderate-vigorous physical activity and sedentary behavior. *BMC Public Health*, 14(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1255>.
- Cobb, C. W. y Rixford, C. (1998). *Lessons learned from the history of social indicators*. Redefining Progress.
- Cobb, S. (1976). Social Support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-313. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
- Codina, N., Pestana, J.v., Valenzuela, R. y Giménez, N. (2020). Procrastination at the Core of Physical Activity (PA) and Perceived Quality of Life: a New Approach for Counteracting Lower Levels of PA Practice. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1-13. <http://doi.org/10.3390/ijerph17103413>
- Cogollo, Z., Campo-Arias, A. y Herazo, E. (2015). Escala de rosenberg para autoestima: consistencia interna y dimensionalidad en estudiantes de cartagena, colombia. *Psychologia: avances de la disciplina*, 9(2), 61-71.
- Cohen, S. y McKay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: a theoretical analysis. En Baum, A., Singer, J.E. y Taylor S.E. (eds) *Handbook of psychology and health (vol 4)*, Erlbaum. [http://doi.org/10.1007/978-94-009-5115-0\\_5](http://doi.org/10.1007/978-94-009-5115-0_5)
- Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarck, T. y Hoberman H. M. (1985). Measuring the functional components of social support. En Sarason, I. y Sarason, B. (Eds.), *Social support: theory, research and applications* (pp. 73-94). Martinus Nijhoff Publishers.
- Compton, W.C., Smith, M.L., Cornish, K.A. y Qualls, D.L. (1996). Factor structure of mental health measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 406-413. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.2.406>

- Conceição, P. y Bandura, R., (2008). *Measuring subjective wellbeing: a summary review of the literature*. UNDP Working Paper, United Nations Development Programme.  
Disponible en: <https://acortar.link/0GUyBJ>
- Concha-Cisternas, Y., Castillo-Retamal, M. y Guzmán-Muñoz, E. (2020). Comparación de la calidad de vida en estudiantes universitarios según nivel de actividad física. *Universidad y Salud*, 22(1), 33-40. <https://doi.org/10.22267/rus.202201.172>
- Corrigan, J. D., Kolakowsky-Hayner, S., Wright, J., Bellon, K. y Carufel, P. (2013). The satisfaction with life scale. *The Journal of head trauma rehabilitation*, 28(6), 489-491. <http://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000004>
- Costanza, R., Fisher, B., Ali, S., Beer, C., Bond, L., Boumans, R., Danigelis, N.L., Dickinson, J., Elliott, C., Farleya, J., Gayer, D.E., MacDonald, L., Hudspeth, T., Mahoney, D., McCahill, L., McIntosh, B., Reed, B., Turab-Rizvim, S.A., Rizzo, D.M., Simpatico, T. y Snapp, R. (2007). Quality of life: an approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being. *Ecological economics*, 61(2), 267-276. <https://doi.org/10.1016/j.ecolecon.2006.02.023>
- Craig C.L., Marshall A.L., Sjöström M., Bauman A.E., Booth M.L., Ainsworth B.E Prat, M. Ekelund, U., Yngve, A., Sallis, J.F. y Oja, P. (2003). International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity. *Medicine & Science in Sports Exercise*, 35(8), 1381-1395.  
<http://doi.org/10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB>
- Crawford, J. y Henry, J. (2004). The positive and negative affect schedule (PANAS): construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 245-265.  
<https://doi.org/10.1348/0144665031752934>

- Crocker, P. (1997). A confirmatory factor analysis of the positive affect negative affect schedule with a youth sport sample. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, *19*, 91-97. <https://doi.org/10.1123/jsep.19.1.91>
- Crouter, S.E., Schneider P.L., Karabulut M. y Bassett D.R. (2003). Validity of 10 electronic pedometers for measuring steps, distance, and energy cost. *Medicine & Science in Sports Exercise*, *35*(8), 1455–1460. <http://doi.org/10.1249/01.MSS.0000078932.61440.A2>
- Cruz-Ferreiras, A., Fernandes, J., Gomes, D., Bernardo, L.M., Kirkcaldy, B.D., Barbosa, T.M. y Silva, A. (2011). Effects of Pilates-Based Exercise on Life Satisfaction, Physical Self Concept and Health Status in Adult Women. *Women & Health*, *51*, 240–255. <http://dx.doi.org/10.1080/03630242.2011.563417>
- Cseh, G. M., Phillips, L. H., y Pearson, D. G. (2015). Flow, affect and visual creativity. *Cognition and Emotion*, *29*(2), 281-291. <https://doi.org/10.1080/02699931.2014.913553>
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: the psychology of optimal experience*. Harper & Row.
- Csikszentmihalyi, M. (1999) If we are so rich, why aren't we happy? *Am Psychol* *54*, 821–827. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.10.821>
- Csikszentmihalyi, M. (2014). *Applications of Flow in Human Development and Education*. Springer.
- Csikszentmihalyi, M. y Csikszentmihalyi, I. (1998) *Optimal experience: psychological studies in consciousness*. Cambridge University Press.
- Cuadra, H. y Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología*, *12*(1).

- Cubo, S., Martín, B. y Ramos, J.L. (coords). (2011). *Métodos de investigación y análisis de datos en ciencias sociales y de la salud*. Pirámide.
- Cummins, R. (1998). Quality of life definition and terminology. *Social Indicators Research volume 52*, 55–72. <https://doi.org/10.1023/A:1007027822521>
- Cummins, R. A. (1996). The domains of life satisfaction: an attempt to order chaos. *Social indicators research*, 38(3), 303-328. [http://doi.org/10.1007/1-4020-3742-2\\_19](http://doi.org/10.1007/1-4020-3742-2_19)
- Cummins, R. A., McCabe, M. P., Romeo, Y., y Gullone, E. (1994). Validity studies the Comprehensive Quality of Life Scale (ComQol): instrument development and psychometric evaluation on college staff and students. *Educational and Psychological measurement*, 54(2), 372-382. <https://doi.org/10.1177/0013164494054002011>
- Cummins, R.A. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 699-706. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00738.x>
- Cutrona, C. (1986). Behavioral manifestations of social support: a microanalytic investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 201-208. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.1.201>
- Dai, S., Wang, F. y Morrison, H. (2014). Predictors of decreased physical activity level over time among adults: a longitudinal study. *American journal of preventive medicine*, 47(2), 123-130. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.04.003>
- Damásio, B. F., Zanon, C. y Koller, S. H. (2014). Validation and psychometric properties of the Brazilian Version of the Subjective Happiness Scale. *Universitas Psychologica*, 13(1), 17-24. <http://doi.org/10.11144/javeriana.upsy13-1.vppb>



- Da Silva, E., Vilarta, R., Modeneze, D., Girnos, J. Santos, J., Barros, G. y Oetterer, M. (2013). The relationship between physical aspects of quality of life and extreme levels of regular physical activity in adults. *Cad. Saúde Pública*, 29(11), 2251-2260. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00178512>
- De Freitas, S.G. y Foureaux, G. (2015). Os benefícios físicos e psicológicos da dança de salão na terceira idade. *Espacios*, 36, 4. <http://www.revistaespacios.com/a15v36n13/15361304.html>
- De la Cruz-Sánchez, E. D. L., Moreno-Contreras, M. I., Pino-Ortega, J. y Martínez-Santos, R. (2011). Actividad física durante el tiempo libre y su relación con algunos indicadores de salud mental en España. *Salud mental*, 34(1), 45-52.
- De Neve, J.-E., Diener, E., Tay, L. y Xuereb, C. (2013). The objective benefits of subjective well-being. En Helliwell, J.F., Layard, R. y Sachs, J. (Eds.), *World happiness report 2013* (pp. 54–79). UN Sustainable Network Development Solutions Network.
- Deci, E. L. y Ryan, R. M. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: an introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 1–11. <http://doi.org/10.1007/s10902-006-9018-1>
- Del Barco, B.L., Castaño, E.F. y Carroza, T.G. (2010). Variables individuales que influyen en las actitudes hacia la inmigración en el ámbito escolar. *Anales de psicología*, 26, 359-368. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/109361>
- Del Carme Nolla, M., Queral, R. y Miró, J. (2014). Las escalas PANAS de afecto positivo y negativo: nuevos datos de su uso en personas mayores. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19, 15–21. <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.19.num.1.2014.12931>

- Delle, A., Brdar, I., Freire, T., Vella-Brodrick, D. y Wissing, M. P. (2011a). The eudaimonic and hedonic components of happiness: qualitative and quantitative findings. *Social Indicators Research*, 100, 185-207. <http://doi.org/10.1007/s11205-010-9632-5>
- Delle, A., Massimini, F. y Bassi, M. (2011b). *Psychological selection and optimal experience across cultures: social empowerment through personal growth*. Springer.
- Demaray, M., Malecki, C., Rueger, S., Brown, S. E. y Summers, K. (2009). The role of youth's ratings of the importance of socially supportive behaviors in the relationship between social support and self-concept. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(1), 13-28. <http://doi.org/10.1007/s10964-007-9258-3>
- Demont-Heinrich, C. (2009). The Association Between Physical Activity, Mental Health and Quality of Life: A Population-Based Study. *Colorado Department of public Health Environment, Health statistics section*, 71.
- Department of Health, Physical Activity, Health Improvement and Prevention (2004). *At least five a week*. Department of Health.
- Devís, J. (Ed) (2000). *Actividad física, deporte y salud*. INDE.
- Díaz, G. (2001). El bienestar subjetivo, actualidad y perspectivas. *Revista Cubana de Medicina Integral*, 17(6), 572-579.
- Díaz, G., Carrasco, M., Barriga, A., Jiménez, F. y Navarro, F. (2010). Efecto de dos programas de actividad física en el medio acuático con diferente impacto, sobre el índice de rigidez óseo y el nivel de actividad física en mujeres postmenopáusicas y osteopélicas de Toledo. *International Journal of Sport Science*, 6, 196-204.

- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18, 572-577.
- Diehl, K., Jansen, C., Ishchanova, K. y Hilger-Kolb, J. (2018). Loneliness at universities: determinants of emotional and social loneliness among students. *International journal of environmental research and public health*, 15(9), 1-14.  
<http://doi.org/10.3390/ijerph15091865>
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: progress and opportunities. *Social Indicator Research*, 31(2), 103–157.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*. 55, 34-43. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>
- Diener E. (2004). Global judgments of subjective well-being: situational variability and long-term stability. *Social Indicators Research*, 65(3), 245-277.
- Diener, E. (2013). The remarkable changes in the science of subjective well-being. *Perspectives on Psychological Science*, 8(6), 663-666.  
<https://doi.org/10.1177/1745691613507583>
- Diener E. y Chan M. Y. (2011). Happy people live longer: subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: health and Well-Being*, 3, 1-43. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x>
- Diener E. y Seligman M. (2002). Very happy people. *Psychological Science*, 13, 81–84.  
<http://dx.doi.org/10.1111/1467-9280.00415>

- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J. y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.  
[https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901\\_13](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13)
- Diener, E., Inglehart, R. y Tay, L. (2013). Theory and validity of life satisfaction scales. *Social Indicators Research*, 112(3), 497-527. <http://doi.org/10.1007/s11205-012-0076-y>
- Diener, E., Larsen, R. J. y Emmons, R. A. (1984). Person× Situation interactions: choice of situations and congruence response models. *Journal of personality and social psychology*, 47(3), 580-592. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.47.3.580>
- Diener, E., Lucas, R. y Napa, C. (2006). *Beyond the Hedonic Treadmill: revising the adaptation theory of well-being*. *American Psychologist*, 61(4), 305-314.  
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.305>
- Diener E., Kahneman D., Arora R., Harter J. y Tov W. (2009). Income's differential influence on judgments of life versus affective well-being. En Diener, E. (Ed.), *Assessing well-being: the collected works of Ed Diener* (pp. 233–245). Springer.  
[http://doi.org/10.1007/978-90-481-2354-4\\_11](http://doi.org/10.1007/978-90-481-2354-4_11)
- Diener E., Kahneman D., Tov W. y Arora R. (2010). Income's association with judgments of life versus feelings. En Diener, E., Helliwell, J., y Kahneman, D. (Eds.), *International differences in well-being* (pp. 3–15). University Press.
- Diener, E., Oishi, S. y Lucas, R.E., (2009). Subjective well-being: the science of happiness and life satisfaction. En C. R. Snyder, S. J. López (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology*. Oxford University Press.

- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. y Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological bulletin*, 125(2), 276-302.  
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>
- Diener, E., Tay, L. y Oishi, S. (2013). *Rising income and the subjective well-being of nations*. *Journal of personality and social psychology*, 104(2), 267.
- Dieppa, M., Machargo, J., Luján, 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, 221-239.
- Diseth, Å., Meland, E. y Breidablik, H. J. (2014). Self-beliefs among students: grade level and gender differences in self-esteem, self-efficacy and implicit theories of intelligence. *Learning and Individual Differences*, 35, 1-8.  
<https://doi.org/10.1016/j.lindif.2014.06.003>
- Dishman, R.K., Hales, D.P., Pfeiffer, K.A., Felton, G.A., Saunders, R., Ward, D.S., (...) y Pate, R.R. (2006). Physical self-concept and self-esteem mediate cross-sectional relations of physical activity and sport participation with depression symptoms among adolescent girls. *Health Psychology*, 25(3), 396-407.  
<http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.25.3.396>
- Dogan, T., Totan, T. y Sapmaz, F. (2013). The role of self-esteem, psychological well-being, emotional self-efficacy, and affect balance on happiness: a path model. *European Scientific Journal*, 9(20), 31-42.
- Dolnicar, S., Lazarevski, K., y Yanamandram, V. (2013). Quality of life and tourism: a conceptual framework and novel segmentation base. *Journal of Business Research*, 66(6), 724-729.

- Dos Santos, S. J., Hardman, C. M., Barros, S. S. H., da FBF Santos, C. y de Barros, M. V. G. (2015). Association between physical activity, participation in Physical Education classes, and social isolation in adolescents. *Jornal de Pediatria*, 91(6), 543-550. <http://doi.org/doi:10.1016/j.jpdp.2015.07.019>
- Dugas L.R., Van Der Merwe L., Odendaal H., Noakes T.D., Lambert E.V. (2005). A novel energy expenditure prediction equation for intermittent physical activity. *Medicine & Science in Sports Exercise*, 37, 2154–2161. <http://doi.org/10.1249/01.mss.0000177742.12931.50>
- Duncan, D. (1969). *Toward social reporting: next steps*. Russell Sage Foundation.
- Eagly, A. H. y Karau, S. J. (2002). Role congruity theory of prejudice toward female leaders. *Psychological review*, 109(3), 573-598. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.109.3.573>
- Easterbrook (2003). *The progress paradox: how life gets better while people feel worse*. Random House.
- Easterlin, R. A. y Sawangfa, O. (2010). Happiness and economic growth: Does the cross section predict time trends? Evidence from developing countries. En E. Diener, J. Helliwell, y D. Kahneman (Eds.), *International differences in well-being* (pp. 166–216). Oxford University Press. <http://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199732739.003.0007>
- Ebesutani, C., Smith, A., Bernstein, A., Chorpita, B. F., Higa-McMillan, C. y Nakamura, B. (2011). A bifactor model of negative affectivity: fear and distress components among younger and older youth. *Psychological Assessment*, 23(3), 679-691. <https://doi.org/10.1037/a0023234>

- Echevarria, A.M. y Botero, S. (2015). Métodos de evaluación del Nivel de Actividad Física: revisión de literatura. *VIREF Revista de Educación Física*, 4(2), 86-98. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/viref/article/view/24403>
- Eccles, J. S., Freedman-Doan, C., Frome, P., Jacobs, J. y Yoon, K. S. (2000). Gender-role socialization in the family: a longitudinal approach. En T. Eckes, y H. M. Trautner (Eds.), *The developmental social Psychology of gender* (pp. 333-360). Lawrence Erlbaum associates.
- Edmans, A. (2012). The link between job satisfaction and firm value, with implications for corporate social responsibility. *Academy of Management Perspectives*, 26, 1-19. <https://doi.org/10.5465/amp.2012.0046>
- Edwards, S.D, Ngcobo, S.B., Edwards, D.J. y Palavar, K. (2005) Exploring the relationship between physical activity, psychological well-being and physical self-perception in different exercise groups. *South African Journal for Research in Sport, Physical Education and Recreation*, 27, 75-90.
- Elbe, A. M., Barene, S., Strahler, K., Krstrup, P. y Holtermann, A. (2016). Experiencing flow in a workplace physical activity intervention for female health care workers: a longitudinal comparison between football and zumba. *Women in Sport and Physical Activity Journal*, 24(1), 70-77.
- Elosua, P. y Muñiz, J. (2010). Exploring the factorial structure of the selfconcept: a sequential approach using CFA, MIMIC, and MACS models, across gender and two languages. *European Psychologist*, 15, 58-67. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000006>

- Ekeland E, Heian F, Hagen KB, Abbott JM y Nordheim L. (2004). Exercise to improve self-esteem in children and young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003683.pub2>
- Ekwall, A. K., Sivberg, B. y Hallberg, I. R. (2005). Loneliness as a predictor of quality of life among older caregivers. *Journal of advanced nursing*, 49(1), 23-32. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03260.x>
- Elavsky, S. y McAuley, E. (2007). Exercise and self-esteem in menopausal women: a randomized controlled trial involving walking and yoga. *American Journal of Health Promoted*, 22(2), 83-92. <http://dx.doi.org/10.4278/0890-1171-22.2.83>
- Elavsky S, McAuley E, Motl R, Konopack JF, Marquez DX, Hu L, Jerome GJ y Diener E. (2005) Physical activity enhances long-term quality of life in older adults: efficacy, esteem and affective influences. *Annals of Behavior Medicine*, 30(2), 138-145.
- Erikson, R. (1998). Descripciones de la desigualdad. El enfoque sueco de la investigación sobre bienestar. En M. C Nussbaum y A. Sen (Comp.), *La calidad de vida* (pp. 101-120). Fondo de Cultura Económica.
- Ersöz, G. (2016). An examination of motivational regulations, dispositional flow and social physique anxiety among college students for exercise: a self-determination theory approach. *College Student Journal*, 50(2), 159-170.
- Esnaola, I. (2005). Autoconcepto físico y satisfacción corporal en mujeres adolescentes según el tipo de deporte practicado. *Apunts. Educación Física y Deportes*, 80, 5-12.
- Esnaola, I., Rodríguez, A. y Goñi, E. (2011). Propiedades psicométricas del cuestionario de Autoconcepto AF5. *Anales de Psicología*, 27(1), 109-117. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/113531>



- Estévez, E., Inglés, C.J., Emler, N.P., Martínez-Monteagudo, M.C. y Torregrosa, M.S. (2012). Análisis de la relación entre la victimización y la violencia escolar: el rol de la reputación antisocial. *Psychosocial Intervention*, 21(1), 53-65.
- Expósito, F. y Moya, M. (1999). Soledad y apoyo social. *Revista de Psicología Social*, 14 (2-3), 297-316. <https://doi.org/10.1174/021347499760260000>
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2014). The Subjective Happiness Scale: translation and preliminary psychometric evaluation of a Spanish version. *Social Indicators Research*, 119(1), 473-481. <http://doi.org/10.1007/s11205-013-0497-2>
- Feito, Y. (2013). Physical activity monitors: limitations to measure physical activity in the free-living environment. *Revista de Educación Física y Deporte*, 32(2), 1523-1532.
- Felce, D. y Perry, J. (1995). Quality of life: its definition and measurement. *Research in developmental disabilities*, 16, 51 – 74. [https://doi.org/10.1016/0891-4222\(94\)00028-8](https://doi.org/10.1016/0891-4222(94)00028-8)
- Fernández-Berrocal, P. y Extremera, N. (2004). El uso de las medidas de habilidad en el ámbito de la inteligencia emocional: ventajas e inconvenientes con respecto a las medidas de auto-informe. *Boletín de psicología*, 80, 59-78.
- Fernández-García, P., Vallejo-Seco, G., Livacic-Rojas, P.E. y Tuero-Herrero, E. (2014). Validez Estructurada para una investigación cuasi-experimental de calidad. Se cumplen 50 años de la presentación en Sociedad de los diseños cuasi-experimentales. *Anales de psicología*, 30(2), 756-771. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.166911>
- Fernández, M. P., Pérez, M. A. y González, H. (2013). Efecto del flujo y el afecto positivo en el bienestar psicológico. *Boletín de psicología*, 107, 71-90.

- Fernández, O., Muratori, M. y Zubieta, E. M. (2013). Bienestar eudaemónico y soledad emocional y social. *Boletín de Psicología*, 108(7), 7-23.
- Fernández, P.M., Quevedo-Blasco, R. y Buela-Casal, G. (2010). Diferencias en el estilo atribucional y de la autoestima en una muestra de pacientes delirantes. *Salud Mental*, 33, 527-534.
- Fernández Zabala, A., Goñi, E., Rodríguez-Fernández, A. y Goñi, A. (2015). Un nuevo cuestionario en castellano con escalas de las dimensiones del autoconcepto. *Revista Mexicana de Psicología*, 32(2), 149-159.
- Ferrans C. E. (1990). Development of a quality of life index for patients with cancer. *Oncology Nursing*, 17, 15 - 21.
- Feuerhahn, N., Sonnentag, S. y Woll, A. (2014). Exercise after work, psychological mediators, and affect: a day-level study. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 23, 62–79.  
<http://dx.doi.org/10.1080/1359432X.2012.709965>
- Forsman, A.K., Nordmyr, J. y Wahlbeck, K. (2011). Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults. *Health Promotion International*. 26, 85-107. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar074>
- Forrest, D. y McHale, I. (2011). Subjective well-being and engagement in sport: evidence from England. *The economics of sport, health and happiness: the promotion of well-being through sporting activities*, 184-199.
- Forrest, D. y McHale, I. (2009). *Public policy, sport and happiness: an empirical study*. Working paper, Salford University.

- Fowers, B. J., Molica, C. O. y Procacci, E. N. (2010). Constitutive and instrumental goal orientations and their relations with eudaimonic and hedonic well-being. *Journal of Positive Psychology*, 5, 139-153. <https://doi.org/10.1080/17439761003630045>
- Fowers, B.J. (2012). An Aristotelian framework for the human good. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 32(1), 10-23. <https://doi.org/10.1037/a0025820>
- Fox, K.R. (2000). The effects of exercise on self-perceptions and self-esteem. En Biddle, S.J., Fox, K.R. y Boutcher, S.H. (Eds.). *Physical activity and psychological well-being*. Routledge.
- Fox, K. R. y Corbin, C. B. (1989). The Physical Self-Perception Profile: development and preliminary validation. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 11, 408-430. <https://doi.org/10.1123/jsep.11.4.408>
- Freire, C., del Mar Ferradás, M., Núñez, J. C. y Valle, A. (2017). Estructura factorial de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff en estudiantes universitarios. *European Journal of Education and Psychology*, 10(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.ejeps.2016.10.001>
- Frisch, M. B. (2013). Evidence-based well-being/positive psychology assessment and intervention with quality of life therapy and coaching and the Quality of Life Inventory (QOLI). *Social Indicators Research*, 114(2), 193-227.
- Fuentes, M.C., García, F., Gracia, E. y Lila, M. (2011). Autoconcepto y ajuste psicosocial en la adolescencia. *Psicothema*, 23, 7-12. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72717207002>

- Fujita, F. y Diener, E. (2005). Life satisfaction set point: stability and change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(1),158-164. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.88.1.158>
- Galinha, I. C., Pereira, C. R. y Esteves, F. G. (2013). Confirmatory factor analysis and temporal invariance of the positive and negative affect schedule (PANAS). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(4), 671-679. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000400007>
- Garaigordobil, M. (2015). Predictor variables of happiness and its connection with risk and protective factors for health. *Frontiers in psychology*, 6, 1176. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01176>
- Garaigordobil, M. y Aliri, J. (2011). Sexismo hostil y benevolente: relaciones con el autoconcepto, el racismo y la sensibilidad intercultural. *Revista de Psicodidáctica*, 16, 331-350.
- Garaigordobil, M. y Pérez, J.I. (2007). Self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms in persons with intellectual disability. *Spanish Journal of Psychology*, 10, 141-150. <https://doi.org/10.1017/S1138741600006405>
- Garay, R.M.V., Ávila, M.E. y Martínez, B. (2013). Violencia escolar: un análisis desde los diferentes contextos de interacción. *Psychosocial Intervention*, 22, 25-32. <https://doi.org/10.5093/in2013a4>
- García, A.J. y Froment, F. (2018). Beneficios de la actividad física sobre la autoestima y la calidad de vida de las personas mayores. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación* 33, 3-9.

- García, A.J., Marín, M. y Bohórquez, M. (2012). Autoestima como variable psicosocial predictora de la actividad física en personas mayores. *Revista de Psicología del Deporte, 21*(1).
- García, D., Archer, T., Moradi, S. y Anderson-Arnten, A.C. (2012). Exercise Frequency, High Activation Positive Affect, and Psychological Well-Being: Beyond Age, Gender, and Occupation. *Psychology, 3*, 328-336.  
<http://dx.doi.org/10.4236/psych.2012.34047>
- García, F. y Gracia, E. (2009). Is always authoritative the optimum parenting style? Evidence from Spanish families. *Adolescence, 44*(173), 101-131.
- García, F. y Gracia, E. (2010). ¿Qué estilo de socialización parental es el idóneo en España? Un estudio con niños y adolescentes de 10 a 14 años. *Infancia y Aprendizaje, 33*, 365-384. <https://doi.org/10.1174/021037010792215118>
- García, F. y Musitu, G. (1999). *Autoconcepto Forma 5, AF5. Publicaciones de Psicología Aplicada*. TEA Ediciones, S.A.
- García, F., Gracia, E. y Zeleznova, A. (2013). Validation of the English version of the five-factor self-concept questionnaire. *Psicothema, 25*(4), 549-555.  
<https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/10087>
- García, J.F., Musitu, G. y Veiga, F. (2006). Autoconcepto en adultos de España y Portugal. *Psicothema, 18*(3).
- García-Ferrando, M. (2006). Veinticinco años de análisis del comportamiento deportivo de la población española (1980-2005). *Revista internacional de sociología (RIS), 44*, 15-38.  
<http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/26/2>

- García-Ferrando, M., Puig, N. y Lagardera, F. (2002). *Sociología del deporte*. Alianza Editorial.
- García, Y., Matute, S., Tifner, S., Gallizo, M. E. y Gil-Lacruz, M. (2007). Sedentarismo y percepción de la salud: diferencias de género en una muestra aragonesa. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 28(7), 344-358.
- García, T., Jimenez, R., Santos-Rosa, F.J., Reina, R. y Cervelló, E. (2008). Psychometric properties of the Spanish version of the Flow State Scale. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(2), 660-669. <http://doi.org/10.1017/S1138741600004662>
- García, A. J. y Troyano, Y. (2013). Percepción de autoestima en personas mayores que realizan o no actividad física-deportiva. *Escritos de Psicología*, 6(2), 34-41. <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2013.1806>
- García-Viniegras, C.R.V. y González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico: su relación con otras categorías sociales. *Revista cubana de medicina general integral*, 16(6), 586-592.
- Garrido, A. y Alvaro, J.L. (19 93). Apoyo social y salud mental: hipótesis de amortiguación versus hipótesis de los efectos directos. En M. F. Martínez (Ed.). *Psicología comunitaria* (pp. 187-194). Eudema.
- Gaudreau, P., Sanchez, X. y Blondin, J. (2006). Positive and negative affective states in a performance-related setting testing the factorial structure of the PANAS across two samples of French-Canadian participants. *European Journal of Psychological Assessment*, 22(4), 240-249. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.22.4.240>

- George, L. K. (2000). Well-being and sense of self: what we know and what we need to know. En Schaie, K.W. y Hendricks, J. (Eds), *The Evolution of the Aging Self: the Societal Impact of the Aging Process*. Springer Publishing Company 1-35.
- Ghaseminezhad, A. (2011). The comparison between athlete females and non-athlete females regarding to general health, mental health, and quality of life. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 15, 1737–1741.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.03.361>
- Gill, D. L., Hammond, C. C., Reifsteck, E. J., Jehu, C. M., Williams, R. A., Adams, M. M., (...) y Shang, Y. T. (2013). Physical activity and quality of life. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 46(1).  
<http://doi.org/10.3961/jpmph.2013.46.S.S28>
- Gill, T. M. y Feinstein, A. R. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *Jama*, 272(8), 619-626.  
<http://doi.org/10.1001/jama.1994.03520080061045>
- Glozah, F.N. y Pevalin, D.J. (2015). Factor structure and psychometric properties of the General Health Questionnaire (GHQ-12) among Ghanaian adolescents. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 27(1), 53-57.  
<https://doi.org/10.2989/17280583.2015.1007867>
- Goldberg, D. G. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Oxford University Press.
- Goldberg, D.G. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. NFER Publishing.
- Goldberg, D. y Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. Windsor, UK: NFER-Nelson.

- Goldberg, D.P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T.B., Piccinelli, M., Gureje, O. y Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental health illness in general health care. *Psychological Medicine*, 27, 191-197.
- Gómez, L.F., Duperly, J., Lucumí, D.I., Gámez, R. y Venegas, A.S. (2005). Nivel de actividad física global en la población adulta de Bogotá (Colombia). Prevalencia y factores asociados. *Gaceta Sanitaria*, 19, 206-213.
- Góngora, C. V. y Casullo, M. M. (2009). Factores protectores de la salud mental: un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general. *Interdisciplinaria*, 26(2), 183-205.
- González Pienda, J. A., Núñez Pérez, J. C., Gonzalez-Pumariega, S. y García, M. S. (1997). Autoconcepto, autoestima y aprendizaje escolar. *Psicothema*, 9(2), 271-289.
- González-Rivera, J. A. y Rosario-Rodríguez, A. (2020). Características psicométricas de la escala de satisfacción con la vida (swls) en una muestra de adultos puertorriqueños. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 31(1), 128-139.
- Gonzalo, T. y Ubillos, S. (2016). Woman, Physical Activity and Quality of Life: self-concept as a Mediator. *The Spanish Journal of Psychology*, 19, 1-9.
- Goñi, A., Ruiz de Azúa, S. y Rodríguez, A. (2006). *Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF). Manual*. EOS.
- Goñi, E., Madariaga, J. M., Axpe, I. y Goñi, A. (2011). Structure of the Personal Self-Concept (PSC) questionnaire. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(3), 509-522.



- Goñi, E., Esnaola, I., Rodríguez, A. y Ortiz de Barrón, I.C. (2015). Personal self-concept and satisfaction with life in adolescence, youth and adulthood. *Psicothema*, 27(1), 52-58. <http://doi.org/10.7334/psicothema2014.105>
- Goñi, E. y Fernández, A. (2007). Los dominios social y personal del autoconcepto. *Revista de Psicodidáctica*, 12, 179-194.
- Goñi, E. y Infante, G. (2010). Actividad físico-deportiva, autoconcepto físico y satisfacción con la vida. *European Journal of Education and Psychology*, 3(2), 199-208.
- Gore, S. y Aseltine, R.H. (1995). Protective processes in adolescence: matching stressors with social resources. *American Journal of Community Psychology*, 23, 301-327. <https://doi.org/10.1007/BF02506947>
- Gorostiaga, A., Balluerka, N., Aritzeta, A., Aramburu, M. y Alonso-Arbiol, I. (2011). Measuring perceived emotional intelligence in adolescent population: validation of the Short Trait Meta-Mood Scale (TMMS- 23). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 523- 537.
- Gottlieb, B. (ed.). (1981). *Social Networks and social support*. CA: Sage.
- Gouveia, V.V., Milfont, T.L., da Fonseca, P.N. y de Miranta Colho, J.A.P. (2009). Life Satisfaction in Brazil: Testing the Psychometric Properties of the Satisfaction With Life Scale (SWLS) in Five Brazilian Samples. *Social Indicator Research*, 90, 267-277. <https://doi.org/10.1007/s11205-008-9257-0>
- Graham, C. (2010) *The Challenges of Incorporating Empowerment into the HDI: Some Lessons from Happiness Economics and Quality of Life Research*. UNDP-HDRO Occasional Papers No. 2010/13, Disponible en: <https://ssrn.com/abstract=2351536>

- Granero-Jiménez, J., López-Rodríguez, M. M., Dobarrio-Sanz, I. y Cortés-Rodríguez, A. E. (2022). Influence of physical exercise on psychological well-being of young adults: a quantitative study. *International journal of environmental research and public health*, 19(7), 4282. <http://doi.org/10.3390/ijerph19074282>
- Greenberger, E., Chen, Ch., Dmitrieva, J. y Farruggia, S.P. (2003). Item-wording and the dimensionality of the Rosenberg Self-Esteem Scale: Do they matter? *Personality and Individual Differences*, 35(6), 1241-1254. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00331-8](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00331-8)
- Green, D. y Salovey, P. (1999). In what sense are positive and negative affect independent? A reply to Tellegen, Watson, and Clark. *Psychological Science*, 10, 304-306. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00158>
- Guantiva, G.C. y Quiroga, G.V. (2019). Factores asociados a la calidad de vida del adulto mayor institucionalizado, desde la percepción de los adultos mayores y del personal de la salud de la fundación gerontológica mí segundo hogar. <http://hdl.handle.net/11371/1811>
- Guarnido, A.J.S., Cabrera, F.J.H. y Osuna, M.J.P. (2012). Eating disorder detection through personality traits and self-concept. *Eating and Weight Disorders*, 17, e309-e313.
- Guiaro-Goris, J.A., Cabrero-Garcia, J., Moreno, P. y Muñoz-Mendoza, C.L., (2009). Revisión estructurada de los cuestionarios y escalas que miden la actividad física en adultos mayores y ancianos. *Gaceta Sanitaria*, 23(4), 334.e51 – 334.e67. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.03.002>

- Guiaro-Goris, J. A. (2012). La valoración de la actividad física en la práctica clínica. Métodos e instrumentos. *Revista Educare21*, 10(9), 1-10. <http://www.enfermeria21.com/publicaciones/educare/>
- Gurin, G., Veroff, J. y Feld, S. (1960). *Americans view their mental health: a nationwide interview survey*. Basic Books.
- Haas, B. K. (1999). A multidisciplinary concept analysis of quality of life. *Western journal of nursing research*, 21(6), 728-742.
- Habe, K., Biasutti, M. y Kajtna, T. (2019). Flow and satisfaction with life in elite musicians and top athletes. *Frontiers in psychology*, 10, 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00698>
- Hagerty, M.R., Cummins, R.A., Ferriss, A.L., Land, K., Michalos, A.C, Peternosn, M., Sharpe, A., Sirgy, J. y Vogel, J. (2001). Quality of life indexes for national policy: review and agenda for research. *Social Indicators Research* 55, 1-96. <https://doi.org/10.1177/075910630107100104>
- Haggart, B. (2000). *The Gross Domestic Product and Alternative Economic and Social Indicators*. Gobierno de Canadá, División de Economía, Canadá, <http://bit.ly/RsALBQ>
- Hallal, P. C., Andersen, L. B., Bull, F. C., Guthold, R., Haskell, W., Ekelund, U. y Lancet Physical Activity Series Working Group. (2012). Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *The lancet*, 380(9838), 247-257. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60646-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60646-1)
- Hamer, M., Stamatakis, E. y Steptoe, A. (2009). Dose-response relationship between physical activity and mental health: the Scottish Health Survey. *British Journal of Sports of Medicine*, 43, 1111–1114. <http://dx.doi.org/10.1136/bjism.2008.046243>

- Hamilton, G. V. (1929). *A research in marriage*. A. & C. Boni.
- Hart, H. (1940). *Chart for happiness*. Macmillan.
- Harter, J. K., Schmidt, F. L., Asplund, J. W., Killham, E. A. y Agrawal, S. (2010). Causal impact of employee work perceptions on the bottom line of organizations. *Perspectives on Psychological Science*, 5, 378–389.  
<https://doi.org/10.1177/1745691610374589>
- Haskell, W.L., Lee, I-M., Pate, R.R., Powell, K.E., Blair, S.N., Franklin, B.A., (...) Bauman, A. (2007). Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 39(8), 1423-1434.  
<http://doi.org/10.1249/mss.0b013e3180616b27>
- He, D., Shi, M. y Yi, F. (2014). Mediating effects of affect and loneliness on the relationship between core self-evaluation and life satisfaction among two groups of chinese adolescents. *Social indicators research*, 119(2), 747-756.
- Heller, D., Watson, D. y Ilies, R. (2004). The role of person versus situation in life satisfaction: a critical examination. *Psychological Bulletin*, 130(4), 574-600.  
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.574>
- Helliwell, J., Layard, R. y Sachs, J. (2013). *World Happiness Report*. The Earth Institute.
- Helliwell, J. (2003). How's life? Combining individual and national variables to explain subjective well-being. *Economic Model*. 20 (2), 331–360.  
[https://doi.org/10.1016/S0264-9993\(02\)00057-3](https://doi.org/10.1016/S0264-9993(02)00057-3)
- Hernández, B., de Haene, J., Barquera, S., Monterrubio, E., Rivera, J., Shamah, T., (...) y Campirano, F. (2003). Factores asociados con la actividad física en mujeres

mexicanas en edad reproductiva. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 14(4), 235-245.

Herrero, J. y Musitu, G. (1998). Apoyo social, estrés y depresión: un análisis causal del efecto supresor. *Revista de Psicología Social*, 13(2), 195-203.  
<https://doi.org/10.1174/021347498760350687>

Hombrados-Mendieta, I., García-Martín, M. A. y Gómez-Jacinto, L. (2013). The relationship between social support, loneliness, and subjective well-being in a Spanish sample from a multidimensional perspective. *Social indicators research*, 114(3), 1013-1034. <http://doi.org/10.1007/s11205-012-0187-5>

Hofmann, S. G., Wu, J. Q. y Boettcher, H. (2014). Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(3): 375-391. <http://doi.org/10.1037/a0035491>

Hornquist J.O. (1982) The concept of quality of life. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 10, 57-61.

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA.: Addison-Wesley

Hoyle, R. H. (1995). *Structural Equation Modelling*. SAGE Publications, Inc. Thousand Oaks, CA.

Huang-Chi, L., Tze-Chung T., Ju-Yu, Y., Chin-Hung, K., Chi-Fen, H., Shu-Chun, L. y Cheng-Fang, Y. (2008). Depression and its association with self-esteem, family, peer and school factors in a population of 9586 adolescents in southern Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 412-420.  
<https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2008.01820.x>

Huang, H. y Humphreys, B. (2011). Sports participation and happiness: evidence from US micro data. *The economics of sport, health and happiness: The promotion of*

*well-being through sporting activities*, 4(33) 163-183.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.joep.2012.02.007>

Hultell, D. y Gustavsson, J.P. (2008). A psychometric evaluation of the satisfaction with life scale in a Swedish nationwide sample of university students. *Personality and Individual Differences*, 44(5), 1070–1079.  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.10.030>

Huo, Y. y Kong, F. (2014). Moderating effects of gender and loneliness on the relationship between self-esteem and life satisfaction in Chinese university students. *Social indicators research*, 118(1), 305-314.

Huta, V. (2013a). Eudaimonia and hedonia: their complementary roles in life, and how they can be pursued in practice. En Joseph, S. (Ed.), *Positive Psychology in Practice, Second Edition*. Manuscript accepted with minor revisions.

Huta, V. (2013b). Pursuing eudaimonia versus hedonia: distinctions, similarities, and relationships. En Waterman, A.S. (Ed.), *The best within us: positive psychology perspectives on eudaimonia* (pp. 139-158). APA Books.  
<https://doi.org/10.1037/14092-008>

Huta, V. y Ryan, R. M. (2010). Pursuing pleasure or virtue: the differential and overlapping well-being benefits of hedonic and eudaimonic motives. *Journal of Happiness Studies*, 11, 735–762. <http://doi.org/10.1007/s10902-009-9171-4>

Huta, V. y Waterman, A. S. (2014). Eudaimonia and its distinction from hedonia: developing a classification and terminology for understanding conceptual and operational definitions. *Journal of Happiness Studies*, 15(6), 1425-1456.  
<http://doi.org/10.1007/s10902-013-9485-0>

- Ilies, R., Morgeson, F. P. y Nahrgang, J. D. (2005). Authentic leadership and eudaemonic well-being: understanding leader-follower outcomes. *Leadership Quarterly*, 16(3), 373–394. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2005.03.002>
- Infante, G. y Goñi, E. (2009). Actividad físico-deportiva y autoconcepto físico en la edad adulta. *Revista de Psicodidáctica*, 14(1), 49-62.
- Infante, G. y Zulaika, L. (2008). Actividad física y autoconcepto físico. En Goñi, A. (Coord.) *El autoconcepto físico* (pp. 125-153). Pirámide.
- Inglés, C.J., Martínez-González, A.E., García-Fernández, J.M., Torregrosa, M.S. y Ruiz-Esteban, C. (2012). Prosocial behavior and self-concept of Spanish students of Compulsory Secondary Education. *Revista de Psicodidáctica*, 17(1), 135-156.
- Ishimura, I. y Kodama, M. (2009). Flow experiences in everyday activities of Japanese college students: autotelic people and time management. *Japanese Psychological Research*, 51(1), 47-54. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5884.2009.00387.x>
- Iwon, K., Skibinska, J., Jasielska, D. y Kalwarczyk, S. (2021). Elevating Subjective Well-Being Through Physical Exercises: An Intervention Study. *Frontiers in psychology*, 12. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.702678>
- Jackman, P. C., Hawkins, R. M., Crust, L. y Swann, C. (2019). Flow states in exercise: a systematic review. *Psychology of Sport and Exercise*, 45.
- Jackson, S.A. y Csikszentmihalyi, M. (1999). *Flow in sports*. Human Kinetics.
- Jackson, S.A. y Csikszentmihalyi, M. (2002). *Fluir en el deporte. Claves para las experiencias y actuaciones óptimas*. Paidotribo.

- Jackson, S.A. y Marsh, H.W. (1996). Desarrollo y validación de una escala para medir la experiencia óptima: el flujo de Estado Escala. *Revista de psicología del deporte y el ejercicio*, 18, 17-35.
- Jans, K.F. (2006). Physical activity measurement. *British Journal of Sports Medicine*, 40, 191-192.
- Jaremka, L.M., Andridge, R.R., Fagundes, C.P., Alfano, C.M., Pivoski, S.P., Lipari, A.M., Agnese, D.M., Arnold, M.W., Farrar, W.B., Yee, L.D., Carson, W.E.III, Bekaii-Saab, T., Martin, E.W., Jr., Schmidt, C.R., y Kiecolt-Glaser, J.K. (2014). Pain, depression, and fatigue: loneliness as a longitudinal risk factor. *Health Psychology*, 33(9), 948–957. <https://doi.org/10.1037/a0034012>
- 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(1), 185-202.
- Jiménez, T.I., Musitu, G., Ramos, M.J. y Murgui, S. (2009). Community involvement and victimization at school: an analysis through family, personal and social adjustment. *Journal of Community Psychology*, 37, 959-974.
- Jiménez-Iglesias, A., Moreno, C., Ramos, P. y Rivera, F. (2014). What family dimensions are important for health-related quality of life in adolescence? *Journal of Youth Studies*. <http://doi.org/10.1080/13676261.2014.933191>
- Jiménez-Torres, M.G., Godoy-Izquierdo, D. y Godoy, J.F. (2012). Relación entre los motivos para la práctica físico-deportiva y las experiencias de flujo en jóvenes: diferencias en función del sexo. *Universitas Psychologica*, 11(3).
- Joiner, T. E., Jr., Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L. y Marquina, G. (1997). Development and factor analytic validation of the SPANAS among women in Spain: (More)



cross-cultural convergence in the structure of mood. *Journal of Personality Assessment*, 68(3), 600-615. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6803\\_8](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6803_8)

Joseph, S., Linley, P.A., Harwood, J., Lewis, C.A. y McCollam, P. (2004). Rapid assessment of well-being: The Short Depression-Happiness Scale (SDHS). *Psychology and psychotherapy: Theory, research and practice*, 77(4), 463-478. <https://doi.org/10.1348/1476083042555406>

Joseph, R.P., Royse, K.E., Benitez, T.J. y Pekmezi, D.W. (2014). Physical activity and quality of life among university students: exploring self-efficacy, self-esteem, and affect as potential mediators. *Quality of life research*, 23(2), 659-667. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0492-8>

Judd, C. M. y Kenny, D. A. (1981). Process analysis: Estimating mediation in treatment evaluations. *Evaluation Review*, 5, 602-619.

Jürgens, I. (2006) Práctica deportiva y percepción de calidad de vida. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 6(22) 62-74. <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista22/artsalud20.htm>

Kahneman D., Krueger A., Schkade D., Schwarz N. y Stone A. (2006). Would you be happier if you were richer? A focusing illusion. *Science*, 312, 1908–1910. <http://dx.doi.org/10.1126/science.1129688>

Kahneman D. y Stone A. (2010). High income improves evaluation of life but not emotional well-being. *National Academy of Sciences of the United States of America (PNAS)*, 107, 16489–16493. <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.1011492107>

Kandola, A. y Stubbs, B. (2020). Exercise and anxiety. *Physical Exercise for Human Health*, 345-352. [http://doi.org/10.1007/978-981-15-1792-1\\_23](http://doi.org/10.1007/978-981-15-1792-1_23)

- Kang, H. W., Park, M. y Wallace, J. P. (2018). The impact of perceived social support, loneliness, and physical activity on quality of life in South Korean older adults. *Journal of Sport and Health Science*, 7, 237-244. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2016.05.003>
- Kapıkıran, Ş. (2013). Loneliness and life satisfaction in Turkish early adolescents: the mediating role of self esteem and social support. *Social Indicators Research*, 111(2), 617-632.
- Karaca, A., Demirci, N., Yilmaz, V., Hazir, Si, Can, S. y Ünver, E. (2021). Validation of the ActiGraph wGT3X-BT Accelerometer for Step Counts at Five Different Body Locations in Laboratory Settings. *Measurement in Physical Education and Exercise, Science*. <https://doi.org/10.1080/1091367X.2021.1948414>
- Karakasidou, E., Pezirkianidis, C., Stalikas, A. y Galanakis, M. (2016). Standardization of the subjective happiness scale (SHS) in a greek sample. *Psychology*, 7(14), 1753-1765. <http://doi.org/doi:10.4236/psych.2016.714164>
- Karademas, E. (2006). Self-efficacy, social support and well-being: the mediating role of optimism. *Personality and Individual Differences*, 40, 1281-1290. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.10.019>
- Karlsen, K. (2021). *Flow in Physical Activity and Exercise: exploring the Relevance of Mindfulness and Exertion* [Master's thesis]. UiT Norges arktiske universitet.
- Kashdan, T. B. (2004). The assessment of subjective well-being (issues raised by the Oxford Happiness Questionnaire). *Personality and Individual Differences*, 36, 1225–1232. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00213-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00213-7)
- Kelly, P., Williamson, C., Niven, A. G., Hunter, R., Mutrie, N. y Richards, J. (2018). Walking on sunshine: scoping review of the evidence for walking and mental

health. *British Journal of Sports Medicine*, 52(12), 800-806.

<http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2017-098827>

Kercher, K. (1992). Assessing subjective well-being in the old- -old. The PANAS as a measure of orthogonal dimensions of positive and negative affect. *Research on Aging*, 14, 131-168. <https://doi.org/10.1177/0164027592142001>

Keyes, C.L.M. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207–222.

Keyes, C.L.M. (2006). Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: an introduction. *Social Indicators Research*, 77(1), 1–10. <http://doi.org/10.1007/s11205-005-5550-3>

Keyes, C.L., Shmotkin, D. y Ryff, C.D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of personality and social psychology*, 82(6), 1007-1022. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.1007>

Killgore, W. (2000). Evidence for a third factor on the Positive and Negative Affect Schedule in a college student sample. *Perceptual and Motor Skills*, 90, 147-152. <https://doi.org/10.2466/pms.2000.90.1.147>

Kimiecik, J. (2000). Learn to Love Exercise. *Psychology Today*, 33(1), 20-21.

Kohl, H.W., Lee, I.M., Vuori, I.M., Wheeler, F.C., Bauman, A. y Sallis, J.F. (2006). Physical Activity and Public Health: the Emergence of a Subdiscipline—Report from the International Congress on Physical Activity and Public Health April 17-21, 2006, Atlanta, Georgia, USA. *Journal of Physical Activity and Health*, 3(4), 344-364. <https://doi.org/10.1123/jpah.3.4.344>

- Kong, F. y You, X. (2013). Loneliness and self-esteem as mediators between social support and life satisfaction in late adolescence. *Social Indicators Research*, 110(1), 271-279. <http://doi.org/10.1007/s11205-011-9930-6>
- Košir, K. y Pečjak, S. (2005). Sociometry as a method for investigating peer relationships: What does it actually measure? *Educational Research*, 47, 127-144. <https://doi.org/10.1080/0013188042000337604>
- Kriska, A. y Caspersen, C.J. (1997) Introduction to a collection of physical activity questionnaires. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 29(6), S5-S9. <http://dx.doi.org/10.1097/00005768-199706001-00003>
- Lakey, B. y Heller, K. (1988). Social support from a friend, perceived support, and social problem solving. *American Journal of Community Psychology*, 16(6), 811-824.
- Laporte, R. E., Montoye, H. J. y Caspersen, C. J. (1985). Assessment of physical activity in epidemiologic research: problems and prospects. *Public health reports*, 100(2), 131.
- Lawton, M. (1999). Quality of life in chronic illness. *Gerontology*, 45, 181-183. <https://doi.org/10.1159/000022083>
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- LeBreton, J. M., Wu, J. y Bing, M. N. (2009). The truth(s) on testing for mediation in the social and organizational sciences. In C. E. Lance & R. J. Vandenberg (Eds.), *Statistical and methodological myths and urban legends: Doctrine, verity and fable in the organizational and social sciences* (pp. 109-143). New York, NY: Routledge

- Leech, R. M., McNaughton, S. A. y Timperio, A. (2014). The clustering of diet, physical activity and sedentary behavior in children and adolescents: a review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11(1), 4.
- Leiva, A. P., Márquez, P. G. O., Rodríguez, C. G., Navas, J. M. M. y Bozal, R. G. (2017). Ejercicio físico y calidad de vida en estudiantes universitarios. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 437-446.
- Leue, A. y Beauducel, A. (2011). The PANAS structure revisited: on the validity of a bifactor model in community and forensic samples. *Psychological Assessment*, 23(1), 215-225. <https://doi.org/10.1037/a0021400>
- Lewis, B. y Ridge, D. (2005). Mothers Reframing Physical Activity: Family Oriented Politicism, Transgression and Contested Expertise. *Social Science & Medicine*, 60(10), 2295-2306. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.10.01>
- Lewis, C., Francis, L. y Zieberts, H. (2002). [The internal consistency reliability and construct validity of the German translation of the Oxford happiness inventory. *North American Journal of psychology*, 4, 211-220.
- Lewis, C.A., Shevlin, M.E., Smekal, V. y Dorahy, M.J. (1999). Factor structure ´ and reliability of a Czech translation of the satisfaction with life scale among Czech university students. *Studia Psychologica*, 41(3), 239-244.
- Lewis, J.A. (1996). Flow. *The Family Journal*, 4, 337-338.
- Lin, N., Dean, A. y Ensel, W.M. (1986). *Social support, life events and depression*. Academic Press.
- Lin, N.; Woefel, M.W. y Light, S.C. (1985). The buffering effect of social support subsequent to an important life event. *Journal of Health and Social Behavior*, 26, 247-267.

- Liu, Y., Wang, Z., Zhou, C. y Li, T. (2014). Affect and self-esteem as mediators between trait resilience and psychological adjustment. *Personality and individual differences*, 66, 92-97. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.03.023>
- Lluch, M.T. (2000). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva*. [Tesis Doctoral]. Universidad de Barcelona.
- López, C. (2008). *Una visión feminista de la investigación en las ciencias de la actividad física y el deporte*. Comunicación IV Congreso Internacional y XXV Nacional de Educación Física.
- López-Fontana, C. M., Martínez-González, M. A. y Martínez, J. A. (2003). Obesidad, metabolismo energético y medida de la actividad física. *Revista Española de Obesidad*, 1(1), 29-36. <https://www.researchgate.net/publication/255622899>
- López-Walle, J., Tristán, J., Tomás, I., Gallegos-Guajardo, J., Gongora, E. y Hernández-Pozo, M. (2020). Estrés percibido y felicidad auténtica a través del nivel de actividad física en jóvenes universitarios. *Cuadernos de psicología del deporte*, 20(2), 265-275.
- Loscocco, K. y Spitze, G. (1990). Working conditions, social support and the well-being of female and male factory workers. *Journal of Health and Social Behavior*, 31(4), 313-327
- Lu, L. y Hsieh, Y. (1997). Demographic variables, control, stress, support and health among the elderly. *Journal of Health and Social Behavior*, 2, 97-106. <https://doi.org/10.1177/135910539700200110>
- Lucas-Carrasco, R. (1998). *Versión española del WHOQOL*. Ergón.

- Lyubomirsky S., King L.A. y Diener E. (2005). The benefits of frequent positive affect. *Psychological Bulletin*, 131, 803–855. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803>
- Lyubomirsky, S. (2008). *La ciencia de la Felicidad. Un método probado para conseguir el bienestar*. Ediciones Urano.
- Lyubomirsky, S. y Lepper, H.S. (1999). A measure of subjective happiness: preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46, 137-155.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M. y Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: the architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9, 111–131. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.111>
- Lyubomirsky, S., Tkach, C. y DiMatteo, M. R. (2006). What are the differences between happiness and self-esteem? *Social Indicators Research*, 78, 363–404. <http://doi.org/10.1007/s11205-005-0213-y>
- Lyubomirsky, S., Tkach, C. y DiMatteo, M. R. (2006). What are the differences between happiness and self-esteem? *Social Indicators Research*, 78, 363–404.
- Magnus K, Diener E, Fujita F, Pavot W. (1993). Extraversion and neuroticism as predictors of objective life events: a longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(5), 1046-1053.
- Macías, V. (1999). *Estereotipos y deporte femenino. La influencia del estereotipo en la práctica deportiva de niñas y adolescentes*. [Tesis Doctoral]. Universidad de Granada.
- Maganto, C., Peris, M. y Sánchez, R. (2019). El bienestar psicológico en la adolescencia: variables psicológicas asociadas y predictoras. *European Journal of Education and Psychology*. 12(2), 139-151. <http://doi.org/10.30552/ejep.v12i2.279>

- Maher, J. P., Doerksen, S. E., Elavsky, S., Hyde, A. L., Pincus, A. L., Ram, N. y Conroy, D. E. (2013). A daily analysis of physical activity and satisfaction with life in emerging adults. *Health Psychology*, 32(6), 647-656. <https://doi.org/10.1037/a0030129>
- Mammen, G. y Faulkner, G. (2013). Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. *American journal of preventive medicine*, 45(5), 649-657.
- Marrero, R. y Carballeira, M. (2010). El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo. *Salud Mental*, 33, 39-46.
- Márquez, S. (1995). Beneficios psicológicos de la actividad física. *Revista de psicología general y aplicada*, 48(1), 185-206.
- Marsh, H. W. y Shavelson, R. (1985). Self- concept: its multifaceted, hierarchical structure. *Educational Psychologist*, 20, 107-123. [https://doi.org/10.1207/s15326985ep2003\\_1](https://doi.org/10.1207/s15326985ep2003_1)
- Marsh, H. W., Martin, A. J. y Hau, K.-T. (2006). A multimethod perspective on self-concept research in educational psychology: a construct validity approach. En Eid, M. y Diener, E. (Eds.), *Handbook of multimethod measurement in psychology* (pp. 441–456). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11383-030>
- Martin, A. y Stockler, M. (1998). Quality-of-life assessment in health care research and practice. *Evaluation and the Health Professions*, 21, 141-156.
- Martin, A.J., Liem, G.A., Coffey, L., Martinez, C., Parker, P.P., Marsh H.W. y Jackson. S.A. (2010). What Happens to Physical Activity Behavior, Motivation, Self-Concept, and Flow After Completing School?. A Longitudinal Study. *Journal of*



<http://dx.doi.org/10.1080/10413200.2010.495699>

Martín-Albo, J., Núñez, J.L., Domingez, E., León, J. y Tomás, J.M. (2012). Relationships between intrinsic motivation, physical self-concept and satisfaction with life: a longitudinal study. *Journal of Sports Sciences*, 30, 337-47.  
<http://dx.doi.org/10.1080/02640414.2011.649776>

Martín-Albo, J., Núñez, J. L., Gregorio Navarro, J. y Grijalvo, F. (2009). Un modelo motivacional explicativo del bienestar psicológico en la universidad. *Revista Mexicana de Psicología*, 26(1).

Martín-Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G. y Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: translation and validation in university students. *The Spanish journal of psychology*, 10(2), 458-467. <https://doi.org/10.1017/S1138741600006727>

Martín-Doménecha, A., Peiró-Pérez, R., Esplugues, A., Castáng, S., Legaz-Sánchez, S. y Pérez-Sanza, E. (2021). Valoración de un programa piloto de prescripción de actividad física en atención primaria en la Comunitat Valenciana. *Gaceta Sanitaria*, 35(4), 313-319. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.021>

Martín, P. y Sánchez, E. (1999). Relationship among individualism-collectivism, collective self-esteem and values of adolescents. *International Journal of Social Psychology*, 14(2-3), 211-224. <https://doi.org/10.1174/021347499760259958>

Martínez, I. (2001). *Género, desarrollo psicosocial y trastornos de la imagen corporal*. Instituto de la Mujer.

Martínez, I. y García, J.F. (2007). Impact of parenting styles on adolescents' self-esteem and internalization of values in Spain. *Spanish Journal of Psychology*, 10, 338-348.  
<https://doi.org/10.1017/S1138741600006600>

- Martínez, I. y García, J.F. (2008). Internalization of values and self-esteem among Brazilian teenagers from authoritative, indulgent, authoritarian, and neglectful homes. *Adolescence*, 43(169), 13-29.
- Martínez, I., García, J.F. y Yubero, S. (2007). Parenting styles and adolescents' self-esteem in Brazil. *Psychological Reports*, 100, 731-745.  
<https://doi.org/10.2466/pr0.100.3.731-745>
- Martínez, I., Musitu, G., García, J.F. y Camino, L. (2003). Un análisis intercultural de los efectos de la socialización familiar en el autoconcepto: España y Brasil. *Psicologia, Educação e Cultura*, 7, 239-259.
- Martínez-López, Z., Fernández, M. F. P., Couñago, M. A. G., Vacas, C. T., da Silva Almeida, L. y González, M. S. R. (2014). Apoyo social en universitarios españoles de primer año: propiedades psicométricas del Social Support Questionnaire-Short Form y el Social Provisions Scale. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(2), 102-110. [https://doi.org/10.1016/S0120-0534\(14\)70013-5](https://doi.org/10.1016/S0120-0534(14)70013-5)
- Martínez-López, Z., Páramo, M. F., Tinajero, C., Guisande, M. A., Castelo, A. M., Almeida, L. S. y Rodríguez, M. S. (2010). Adaptación española de escalas de evaluación del soporte social percibido en estudiantes universitarios de primer año. En Silva, J.L. et. al. (Orgs) *Ensino superior em mudança : tensões e possibilidades*. Actas do Congresso Ibérico, Braga, Portugal, 2010. Universidad do Monho.  
<https://hdl.handle.net/1822/11552>
- Martínez, N., Santaella, E. y Rodríguez-García, A.M. (2021). Beneficios de la actividad física para la promoción de un envejecimiento activo en personas mayores. Revisión bibliográfica. *Retos*, 39, 829-834.

- Mâsse, L., Fuemmeler, B., Anderson, C., Matthews, C., Trost, S., Catellier, D. y Treuth, M. (2005). Accelerometer Data Reduction: A Comparison of Four Reduction Algorithms on Select Outcome Variables. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 37(11), S544-S554.  
<https://doi.org/10.1249/01.mss.0000185674.09066.8a>
- Massimini, F. y Carli, M. (1998). La evaluación sistemática del flujo en la experiencia cotidiana. En Csikszentmihalyi, M. y Csikszentmihalyi, I. (Eds.), *Experiencia óptima. Estudios psicológicos del flujo en la conciencia* (pp. 259-279). Desclée de Brouwer.
- Mattei, D. y Schaefer, C. E. (2004). An investigation of validity of the Subjective Happiness Scale. *Psychological Reports*, 94, 288–290.  
<https://doi.org/10.2466/pr0.94.1.288-290>
- McAuley, E., Elavsky, S., Motl, R. W., Konopack, J. F., Hu, L. y Marquez, D. X. (2005). Physical activity, self-efficacy, and self-esteem: Longitudinal relationships in older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(5), P268-P275.
- McAuley, E., Konopack, J., Morris, K., Motl, R., Hu, L., Doerksen, S. y Rosengren, K. (2006). Physical activity and functional limitations in older women: influence of self-efficacy. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 61(5), 270-277.
- McDonald, D.G. y Hodgdon, J.A. (1991). *Psychological effects of aerobic fitness training*. Springer.
- McDowell, I. y Newell, C. (1987). Pain measurements. *Measuring health. A guide to rating scales and questionnaires*, 2, 335-346.

- Meeberg, G.A. (1993). Quality of life: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 32-38.
- Mehrabian, A. (1997). Comparison of the PAD and PANAS as models for describing emotions and for differentiating anxiety from depression. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 19, 331-357. <https://doi.org/10.1007/BF02229025>
- Mendonça, G. y Cazuza, J. (2015) Physical activity and social support in adolescents: analysis of different types and sources of social support. *Journal of Sports Sciences*, 33, 1942–1951. <http://dx.doi.org/10.1080/02640414.2015.1020842>
- Merino, M.D. y Privado, J. (2015). Positive Psychological Functioning. Evidence for a new construct and its measurement. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 31(1), 45-54. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.1.171081>
- Mesa-Fernández, M., Pérez-Padilla, J., Nunes, C. y Menéndez, S. (2019). Bienestar psicológico en las personas mayores no dependientes y su relación con la autoestima y la autoeficacia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 115-124. <http://doi.org/10.1590/1413-81232018241.35302016>
- Messeri, P.; Silverstein, M. y Litwak, E. (1993). Choosing optimal groups: a review and reformulation. *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 122-137. <https://doi.org/10.2307/2137239>
- Miguel, F., Martín, M. D. y Navlet, M. R. (2001). El efecto del ejercicio físico sobre la ansiedad y la depresión. *Revista española de medicina de la educación física y el deporte*, 10(1), 43-51.
- Moghnie, L. y Kazarian, S.S. (2012). Subjective happiness of Lebanese college youth in Lebanon: factorial structure and invariance of the Arabic Subjective Happiness

Scale. *Social Indicators Research*, 109, 203–210. <http://doi.org/10.1007/s11205-011-9895-5>

Moksnes, U. K. y Espnes, G. A. (2013). Self-esteem and life satisfaction in adolescents: gender and age as potential moderators. *Quality of Life Research*, 22(10), 2921-2928.

Molina, J. (2007). *Un estudio sobre la práctica de actividad física, la adiposidad corporal y el Bienestar psicológico en universitarios*. [Tesis doctoral]. Universidad de Valencia.

Molina, J., Castillo, I. y Queralt, A. (2011). Leisure-time physical activity and psychological well-being in university students. *Psychological reports*, 109(2), 453-460.

Montero, M., López, L. y Sánchez, J. (2001). La soledad como fenómeno Psicológico: un análisis conceptual. *Salud Mental*, 24(1), 19-27. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58212404>

Moons, P., Budts, W. y De Geest, S. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: a review and evaluation of different conceptual approaches. *International journal of nursing studies*, 43(7), 891-901. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.03.015>

Morales-Rodríguez, F.M., Espigares-López, I, Brown, T. y Pérez-Mármol, J.M. (2020). The Relationship between Psychological Well-Being and Psychosocial Factors in University Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1-20. <http://doi.org/10.3390/ijerph17134778>

Moreno, A. (2021). *Determinantes Sociales de la Actividad Física y el Sedentarismo en la Población Adulta Europea*. [Tesis Doctoral]. Universidad de Murcia.

- Moreno, J.A., Alonso, N., Martínez, C. y Cervelló, E. (2005). Motivación, disciplina, coeducación y estado de flow en educación física: diferencias según la satisfacción, la práctica deportiva y la frecuencia de práctica. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 5.
- Moreno, M. y Hidalgo, M. (2011). Medición y predicción de la satisfacción con la vida en inmigrantes empleados en España. Diferencias según su situación administrativa. *Anales de Psicología*, 27, 179-185.
- Moreno-Murcia, J.A., Sicilia, A., Sáenz-López, P., González-Cutre, D., Almagro, B.J. y Conde, C. (2014). Análisis motivacional comparativo en tres contextos de actividad física. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte* 14, 665-685.
- Moreta-Herrera, R., Perdomo-Pérez, M., Reyes-Valenzuela, C., Torres-Salazar, C. y Ramírez-Iglesias, G. (2021). Invarianza factorial según nacionalidad y fiabilidad de la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) en universitarios de Colombia y Ecuador. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 51(2).  
<https://doi.org/10.1344/ANPSIC2021.51/2.%25x>
- Mota, L. M., Marques, C. M. A., Pedro, S. S., Pozo-Rosado, J. L. y Guerreiro, H. M. (2017). Validation of the Subjective Happiness Scale in people with Chronic Kidney Disease. *Enfermería Global*, 16(3), 38-70.  
<http://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.266571>
- Moya, J. M. (2004). La percepción subjetiva del esfuerzo como parte de la evaluación de la intensidad del entrenamiento. *Lecturas EF y deportes*, 10(73), 1-7.  
<https://efdeportes.com/efd73/percep.htm>

- Moyano Díaz, Acevedo, M. y Avendaño, M. J. (2006). Hacia un modelo de calidad de vida. Documento de Trabajo n° 002 , Centro de Psicología Aplicada, (CEPA), Escuela de Psicología, Universidad de Talca, Chile
- Moyano, E. y Ramos, N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Universum*, 22(2), 177-193. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-23762007000200012>
- Muratori, M., Zubieta, E., Ubillos, S., González, J. L. y Bobowik, M. (2015). Felicidad y Bienestar Psicológico: estudio comparativo entre Argentina y España. *Psyche (Santiago)*, 24(2), 1-18. <http://dx.doi.org/10.7764/psykhe.24.2.900>
- Murgui, S., García, C., García, A. y García, F. (2012). Autoconcepto en jóvenes practicantes de danza y no practicantes: análisis factorial confirmatorio de la escala AF5. *Revista de Psicología del Deporte*, 21(2), 263-269.
- Musitu, G., Román, J.M. y Gracia, E. (1988). *Familia y educación. Prácticas educativas de los padres y socialización de los hijos*. Labor.
- Myers, D. G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*. 55, 56-67. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.56>
- Navarro, D., García-Heras, S., Carrasco, O. y Casas, A. (2008). Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave. *Psychosocial Intervention*, 17(3), 321-336.
- Ndahimana, D. y Kim, E.K. (2017). Measurement Methods for Physical Activity and Energy Expenditure: A Review. *Clinical Nutrition Research* 6(2), 68–80. <http://doi.org/10.7762/cnr.2017.6.2.68>.
- Nelson, S. K., Fuller, J. A., Choi, I. y Lyubomirsky, S. (2014). Beyond self-protection: self-affirmation benefits hedonic and eudaimonic well-being. *Personality and*

*Social Psychology Bulletin*, 40(8), 998-1011.

<https://doi.org/10.1177/0146167214533389>

Netz, Y. (2007). Physical Activity and Three Dimensions of Psychological Functioning in Advanced Age: Cognition, Affect, and Self-Perception. En Tenenbaum, G. y Eklind R.C. (Eds.) *Handbook of Sport Psychology*.  
<http://dx.doi.org/10.1002/9781118270011>

Newall, N. E., Chipperfield, J. G., Bailis, D. S. y Stewart, T. L. (2013). Consequences of loneliness on physical activity and mortality in older adults and the power of positive emotions. *Health Psychology*, 32(8), 921.

Newell, K.M. (1990). Physical activity, knowledge types and degree programs. *Quest*, 42, 243-268. <http://dx.doi.org/10.1080/00336297.1990.10483998>

Niedermeier, M., Herzog, S., Kopp-Wilfling, P., Burtscher, M. y Kopp, M. (2019). Is the effect of physical activity on quality of life in older adults mediated by social support? *Gerontology*, 65(4), 375-382.

Noble, B. J. y Robertson, R. J. (1996). The Borg scale: development, administration and experimental use. *Perceived exertion. Human Kinetics, Champaign*, 101, 5992.

Noll, H.H. (2013). Subjective social indicators: benefits and limitations for policy making. An introduction to this special issue. *Social Indicators Research*, 114(1), 1-11. <http://doi.org/10.1007/s11205-013-0379-7>

Nunnally, J. C. y Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). McGraw-Hill.

Núñez, J.I., Martín-Albo, J. y Domínguez, E. (2010). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en sujetos practicantes de actividad física. *Revista de Psicología del Deporte*, 19, 2, 291-304.



- Oishi S. (2006). The concept of life satisfaction across cultures: an IRT analysis. *Journal of Research in Personality*, 40(4), 411-423.  
<https://doi.org/10.1016/j.jrp.2005.02.002>
- Olmedilla-Zafra, A. y Ortega-Toro, E. (2009). Incidencia de la práctica de actividad física sobre la ansiedad y depresión en mujeres: perfiles de riesgo. *Universitas Psychologica*, 8(1), 105-116.
- Omorou, Y.A., Erpelding, M.L., Escalon, H. y Vuillemin, A. (2013). Contribution of taking part in sport to the association between physical activity and quality of life. *Qual Life Res* 22, 2021–2029. <http://doi.org/10.1007/s11136-013-0355-3>
- Opdenacker, J., Delecluse, C. y Boen, F. (2009). The Longitudinal Effects of a Lifestyle Physical Activity Intervention and a Structured Exercise Intervention on Physical Self-Perceptions and Self-Esteem in Older Adults. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 31, 743-760.
- Organización Mundial de la Salud (1948). *Official Records of the World Health Organization*, N° 2.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
- Oramas, A., Santana, S. y Vergara, A. (2006). El Bienestar Psicológico, un indicador de la salud mental. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 7(1-2), 34-39. <https://xdoc.mx/documents/el-bienestar-psicologico-un-indicador-positivo-de-la-salud-mental-5efa5869b255e>
- Ortigosa, J. Reigal, R. E, Carranque, G. y Hernández-Mendo, A. (2018). Variabilidad de la frecuencia cardíaca: investigación y aplicaciones prácticas para el control de los

procesos adaptativos en el deporte. *Revista iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte*, 13(1), 121-130.

Ortiz, M.V., Gancedo, K.M. y Reyna, C. (2013). Propiedades psicométricas de la Escala de Felicidad Subjetiva en jóvenes y adultos de la ciudad de Córdoba – Argentina. *Suma Psicológica*, 20(1), 45-56.  
<http://www.scielo.org.co/pdf/sumps/v20n1/v20n1a04.pdf>

Ortuño-Sierra, J., Santarén-Rosell, M., de Albéniz, A. P. y Fonseca-Pedrero, E. (2015). Dimensional structure of the Spanish version of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) in adolescents and young adults. *Psychological Assessment*, 27(3), e1-e9.

Oswald, F., Campbell, J., Williamson, C., Richards, J. y Kelly, P. (2020). A scoping review of the relationship between running and mental health. *International journal of environmental research and public health*, 17(21), 8059.

Oviedo, H.C. y Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 24, 572-580.

Ozben, S. (2013). Social skills, life satisfaction, and loneliness in Turkish university students. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 41(2), 203-213. <https://doi.org/10.2224/sbp.2013.41.2.203>

Páez, D., Martínez-Sánchez, F. y Rimé, B. (2004). Los efectos del compartimiento social de las emociones sobre el trauma del 11 de marzo en personas no afectadas directamente. *Ansiedad y Estrés*, 10(2-3), 219-232..

Palomino, B. y López, G. (1999). Nota crítica: reflexiones sobre la calidad de vida y el desarrollo. *Región y sociedad*, 11(17), 171-184.  
<https://doi.org/10.22198/rys1999/11/799>

- Panza, G. A., Taylor, B. A., Thompson, P. D., White, C. M. y Pescatello, L. S. (2017). Physical activity intensity and subjective well-being in healthy adults. *Journal of health psychology*, 24(9), 1257-1267. <http://doi.org/10.1177/1359105317691589>
- Park, N., Peterson, C. y Sun, J. K. (2013). La psicología positiva: investigación y aplicaciones. *Terapia psicológica*, 31(1), 11-19. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082013000100002>
- Park, N. y Peterson, C. (2009). Achieving and sustaining a good life. Perspective son *Psychological Science*, 4, 422-428. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01149.x>
- Parra-Rizo, M. A. y Sanchis-Soler, G. (2020). Satisfaction with life, subjective well-being and functional skills in active older adults based on their level of physical activity practice. *International journal of environmental research and public health*, 17(4), 1-10. <http://doi.org/10.3390/ijerph17041299>
- Pastor, Y., Balaguer, I. y García-Merita, M. (2006). Relaciones entre el autoconcepto y el estilo de vida saludable en la adolescencia media: un modelo exploratorio. *Psicothema*, 18(1), 18-24.
- Pavot W, Diener E, Colvin C.R. y Sandvik E. (1991). Further validation of the satisfaction with life scale: evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment*, 57(1), 149–161. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5701\\_17](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5701_17)
- Pavot W. y Diener E. (2008). The satisfaction with life scale and the emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*. 3(2), 137-152. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760701756946>

- Pearce, J. M., Ainley, M. y Howard, S. (2005). The ebb and flow of online learning. *Computers in human behavior*, 21(5), 745-771. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2004.02.019>
- Pengpid, S. y Peltzer, K. (2019). Sedentary behaviour, physical activity and life satisfaction, happiness and perceived health status in university students from 24 countries. *International journal of environmental research and public health*, 16(12), 1-7. <https://doi.org/10.3390/ijerph16122084>
- Peplau, L.A. y Perlman D. (1982). *Loneliness. A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. Wiley y Son.
- Pérez-Amezcuca, B., Rivera-Rivera, L., Atienzo, E.E., Castro, F., LeyvaLópez, A. y Chávez-Ayala, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana. *Salud Pública de México*, 52(4), 324-333.
- Pérez-Sánchez, R. y Smith-Castro, V. (2008). Comunicación Intergeneracional: El Cuestionario de Percepción de la Comunicación Intergeneracional (CPCI) en el Contexto Costarricense. *Interamerican Journal of Psychology*, 42, 589-603.
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*. 55, 44 – 55.
- Peterson, C., Park, N. y Seligman, M. E. P. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction: the full life versus the empty life. *Journal of Happiness Studies*, 6, 25-41. <http://doi.org/10.1007/s10902-004-1278-z>
- Phillips, S. M. y McAuley, E. (2014). Physical activity and quality of life in breast cancer survivors: the role of self-efficacy and health status. *Psycho-Oncology*, 23(1), 27-34.

- Porto, D.B., Guedes, D.P., Fernandes, R.A. y Reichert, F.F. (2012). Perceived quality of life and physical activity in Brazilian older adults. *Motricidade*, 8, 33-41. <https://doi.org/10.6063/motricidade.237>
- Prasad, L., Fredrick, J. y Aruna, R. (2021) The relationship between physical performance and quality of life and the level of physical activity among the elderly. *J Edu Health Promot*, 10(68), 1-6. [http://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_421\\_20](http://doi.org/10.4103/jehp.jehp_421_20)
- Prezza, M., Trombaccia, F.R. y Armento, L. (1997). La scala dell'autostima di Rosenberg: traduzione e validazione italiana. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 223, 35-44.
- Procidano, M.E. y Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11(1), 1-24.
- Proctor, C. L., Linley, P. A. y Maltby, J. (2009). Youth life satisfaction measures: A review. *The Journal of Positive Psychology*, 4, 583-630. <http://doi.org/128-144.10.1007/s10902-008-9110-9>
- Proyer, R.T., Ruch, W. y Buschor, C. (2013). Testing strengths-based interventions: a preliminary study on the effectiveness of a program targeting curiosity, gratitude, hope, humor, and zest for enhancing life satisfaction. *Journal of Happiness Studies*, 14(1), 275-292.
- Purkey, W.W. (1970). *Self-concept and school achievement*. Prentice Hall.
- Quezada, L., Landero, R. y González, M. T. (2016). A validity and reliability study of the Subjective Happiness Scale in Mexico. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 4(1), 90-100.

<https://pdfs.semanticscholar.org/cc54/ffd1dcbe6b6d3ece2f4e1bf378943bb14013.pdf>

Quiceno, J.M., Vinaccia, S., Ibáñez, J., Álvarez, A., Jiménez, J., Pinzón, L. y Serna, A.M. (2012). Calidad de vida relacionada con salud, resiliencia y felicidad en hombres privados de la libertad. *Pensamiento Psicológico*, 10(2), 23-33. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80125017010>

Quintana, A. (2013). Valores sexistas y androcéntricos en la educación de los deportes de combate. *EFDeportes.com, Revista Digital*, 181. <http://www.efdeportes.com/efd181/valores-sexistas-en-deportes-de-combate.htm>

Ramírez, S.M. (2015). *Diseño de una escala para evaluar calidad de vida en niños y adolescentes con epilepsia ECANIVAE-LICCE*. [Tesis Doctoral]. Universidad Nacional de Colombia-Bogotá.

Ramírez, R., López, C.A., Triana, H.R., Idarraga, M. y Giraldo, F. (2008). Beneficios percibidos de un grupo de mujeres en climaterio incorporadas a un programa de actividad física terapéutica. *Apunts Medicina de l'Esport*, 157, 14-23.

Ramírez-Vélez, R., Tordecilla-Sanders, A., Laverde, D., Hernández-Novoa, J. G., Ríos, M., (...) y Martínez-Torres, J. (2015). The prevalence of barriers for Colombian college students engaging in physical activity. *Nutrición Hospitalaria* 31(2), 858-865.

Rank, M., Wilks, M.C., Foley, L., Juang, Y., Langhof, H., Siegrist, M. y Halle, M. (2014). Health-Related Quality of Life and Physical Activity in Children and Adolescents 2 Years after an Inpatient Weight-Loss Program. *The Journal of Pediatrics*, 4(165), 732-737. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2014.05.045>

- Rasche, N., Bruchon-Schweitzer, M. y Sarason, I. G. (2005). Short form of Sarason's Social Support Questionnaire: French adaptation and validation. *Psychological Reports*, 97(1), 195-202. <https://doi.org/10.2466/pr0.97.1.195-202>
- Reed, J. y Buck, S. (2009). The effect of regular aerobic exercise on positive-activated affect: a meta-analysis. *Psychology of Sport and Exercise* 10, 581–594. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychsport.2009.05.009>
- Reigal, R.E. y Videra, A. (2013) Frecuencia de práctica física y autoeficacia en la tercera edad. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte* 13(49), 107-120. <Http://cdeporte.rediris.es/revista/revista49/artfrecuencia349.htm><Http://cdeporte.rediris.es/revista/revista49/artfrecuencia349.htm>
- Reigal, R., Videra, A., Parra, J. L. y Juárez, R. (2012). Actividad físico deportiva, autoconcepto físico y bienestar psicológico en la adolescencia. *Retos. Nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, 22, 19-23.
- Rejeski, W. y Mihalko, S. (2001). Physical activity and quality of life in older adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 56(A), 23-35.
- Retsagi, E., Premusz, V., Makai, A., Betlehem, J., Lmapek, K., Acs, P. y Hocl, M. (2020). Association with subjective measured physical activity (GPAQ) and quality of life (WHOQOL-BREF) of ageing adults in Hungary, a cross-sectional study. *BCM Public Health*, 20(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08833-z>
- Rey, O., Vallier, J. M., Nicol, C., Mercier, C. S. y Maïano, C. (2017). Effects of combined vigorous interval training program and diet on body composition, Physical fitness, and physical self-perceptions among obese adolescent boys and girls. *Pediatric exercise science*, 29(1), 73-83.

- Richards, J., Jiang, X., Kelly, P., Chau, J., Bauman, A. y Ding, D. (2015). Don't worry, be happy: cross-sectional associations between physical activity and happiness in 15 European countries. *BMC public health*, 15(1), 53.
- Rincón, M. E., Pérez, M. Á., Borda, M. y Martín, A. (2012). The impact of breast reconstruction on self-esteem and body image in patients with breast cancer. *Universitas Psychologica*, 11(1), 25-41.
- Ríos, P.C. y Londoño, N.H. (2012). Percepción de soledad en mujer. *Agora USB*, 12(1), 143-164.
- Rizwan, M. y Syed, N. (2010). Urdu translation and psychometric properties of social provision scale. *The International Journal of Educational and Psychological Assessment*, 4, 33-47.
- Roberts, G.C. (2001). Understanding the dynamics of motivation in physical activity: the influence of achievement goals and motivational processes. En Roberts, G. C. (Ed.), *Advances in motivation in sport and exercise* (pp. 1-50). Human Kinetics.
- Robins, Richard., Hendin, M. y Trzesniewski, H. (2001). Measuring Global Self-Esteem: Construct Validation of a Single-Item Measure and the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 27(2), 151-161
- Robles, R. y Páez, F. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS). *Salud mental*, 26(1), 69-75.
- Robusto, K.M. y Trost, S.G. (2012). Comparison of three generations of ActiGraph™ activity monitors in children and adolescents. *Journal of sports sciences*, 30(13), 1429-1435. <https://doi.org/10.1080/02640414.2012.710761>



- Rocha, K.B., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C. y Obiols, J.E. (2011). Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *International journal of clinical and health psychology*, 11(1).
- Rodríguez, A., Droguett, L. y Revuelta, L. (2012). School and Personal Adjustment in Adolescence: The Role of Academic Self-Concept and Perceived Social Support. *Revista de Psicodidáctica*, 17(2), 397-414.
- Rodríguez, D., Martínez, M.J. y Mateos, C. (2005). Estereotipos de la mujer en el deporte. Una aproximación a la evolución histórica. *Revista UVigo*, 2.
- Rodríguez-Carvajal, R., Díaz Méndez, D., Moreno-Jiménez, B., Blanco Abarca, A. y Dierendonck, D. V. (2010). Vitalidad y recursos internos como componentes del constructo de bienestar psicológico. *Psicothema*, 22(1), 63-67.
- Rodríguez-Fernández, A., Zuazagoitia-Rey-Baltar, A. y Ramos-Díaz, E. (2017). Quality of Life and Physical Activity: Their Relationship with Physical and Psychological Well-Being. *Quality of Life and Quality of Working Life*, 53-70.
- Rodríguez-Romo, G., Barriopedro, M., Alonso, P.J. y Garrido-Muñoz, M. (2015). Relaciones entre Actividad Física y Salud Mental en la Población Adulta de Madrid. *Revista de Psicología del Deporte*, 24, 233-239.
- Rodríguez, A. y Goñi, A. (2011). La estructura tridimensional del bienestar subjetivo. *Anales de psicología*, 27(2), 327-332.
- Rodríguez, J. y Terrados, N. (2006). Métodos para la valoración de la actividad física y el gasto energético en niños y adultos. *Archivos de medicina del deporte: revista de la Federación Española de Medicina del Deporte y de la Confederación Iberoamericana de Medicina del Deporte*, 115, 365-377.

- Rodríguez-Fernández, A., Droguett, L. y Revuelta, L. (2012). School and personal adjustment in adolescence: the role of academic selfconcept and perceived social support. *Revista de Psicodidactica*, 17(2), 397-414.
- Rodríguez-Fernández, A., Ramos-Díaz, E., Ros, I., Fernández-Zabala, A. y Revuelta, L. (2016). Bienestar subjetivo en la adolescencia: el papel de la resiliencia, el autoconcepto y el apoyo social percibido. *Suma psicológica*, 23(1), 60-69. <https://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2016.02.002>
- Rodríguez-Marín, J., Pastor, A. y López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, Apoyo Social, Calidad de Vida y Enfermedad. *Psicothema*, 5, 349-372.
- Rogatko, T. P. (2009). The influence of flow on positive affect in college students. *Journal of Happiness Studies*, 10(2), 133–148. <http://doi.org/10.1007/s10902-007-9069-y>
- Rojas, C., Zegers, B. y Forster, M. (2009). La Escala de Autoestima de Rosenberg: validación para Chile en una muestra de jóvenes y adultos mayores. *Revista Médica de Chile*, 137, 791-800. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000600009>
- Roldán, E.E., Rendón, D.E. y Escobar, J.M. (2013). Alternativas para la medición del nivel de actividad física. *EFDeportes.com, Revista Digital*, 183. <http://www.efdeportes.com/efd183/la-medicion-del-nivel-de-actividad-fisica.htm>
- Román, B., Ribas, L., Ngo, J. y Serra, L. (2013). Validación en población catalana del cuestionario internacional de actividad física. *Gaceta Sanitaria*, 27(3), 254-257.
- Ros, I. (2006) Influencia de la autoestima en la mejora de la resistencia en adolescentes. La aproximación entre la teoría y la práctica. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte* 6(23), 131-137 <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista23/artresistencia.htm>

- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale (RSE). Acceptance and commitment therapy. *Measures package*, 61, 61-62.
- Rubio, F. J., Tomás, C. y Muro, C. (2017). Medición de la actividad física en personas mayores de 65 años mediante el IPAQ-E: validez de contenido, fiabilidad y factores asociados. *Revista Española de Salud Pública*, 91, 1-12.
- Ruiz de Azúa, S. (2007). Autoconcepto físico: estructura interna, medida y variabilidad. UPV/EHU.
- Ruiz, F., García, M.E. y Díaz, A. (2007). Análisis de las motivaciones de práctica de actividad física y de abandon Deportivo en la Ciudad de La Habana. *Anales de psicología*, 23(1), 1552-166.
- Ruseski, J. E., Humphreys, B. R., Hallman, K., Wicker, P. y Breuer, C. (2014). Sport participation and subjective well-being: instrumental variable results from German survey data. *Journal of Physical Activity and Health*, 11(2), 396-403.
- Rush, J. y Hofer, S. M. (2014). Differences in within- and between-person factor structure of positive and negative affect: analysis of two intensive measurement studies using multilevel structural equation modeling. *Psychological Assessment*, 26(2), 462-473. <http://doi.org/10.1037/a0035666>
- Russell, D., Cutrona, C., Rose, J. y Yuko, K. (1984). Social and emotional loneliness: and examination of Weiss's typology of loneliness. . *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(6), 1313 – 1321. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.6.1313>
- Russell, D., Peplau, D. y Cutrona, C. (1980). The revisited UCLA loneliness scale: concurrent and discriminate validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3), 472-480. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.39.3.472>

- Russell, D., Peplau, L. y Ferguson M. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assesment*, 42(3), 290-294. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4203\\_11](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4203_11)
- Russell, J. y Carroll, J. (1999). On the bipolarity of positive and negative affect. *Psychological Bulletin*, 125, 3-30.
- Ryan, R.M. y Deci. E. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic wellbeing. *Annual Review of psychology* 52, 141-166.
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2002). Overview of self-determination theory: an organismic-dialectical perspective. En E. L. Deci y R. M. Ryan (Eds.), *Handbook of self-determination research*. (pp. 3-33). University of Rochester Press.
- Ryan, R.M., Curren, R.R. y Deci, E.L. (2013). What humans need: flourishing in Aristotelian philosophy and self-determination theory. En A. S. Waterman (Ed.), *The best within us: Positive psychology perspectives on eudaimonia* (pp. 57–75). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14092-004>
- Ryan, R.M., Huta, V. y Deci, E.L. (2008). Living well: a self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 9, 139-170. <http://doi.org/10.1007/s10902-006-9023-4>
- Ryan, R.M. y Deci, E. L. (2006). Self-regulation and the problem of human autonomy: Does psychology need choice, self-determination, and will? *Journal of Personality*, 74, 1557–1586.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>

- Ryff, C.D. y Singer, B.H. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry* 9(1), 1-28. [https://doi.org/10.1207/s15327965pli0901\\_1](https://doi.org/10.1207/s15327965pli0901_1)
- Ryff, C. D. y Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13–39. <http://doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0>
- Ryff, C.D. y Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719–727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Safi, A., Cole, M., Kelly, A., Deb, S. y Walker, N. (2022). A Comparison of Physical Activity and Sedentary Lifestyle of University Employees through ActiGraph and IPAQ-LF. *Physical Activity and Health*, 6(1), 5–15. <http://doi.org/10.5334/paah.163>
- Sailer, R. C. (1931). *Happiness self-estimates of young men*. [Tesis Doctoral] Teachers Columbia University.
- Salavera, C., Usán, P. y Teruel, P. (2020). The mediating role of positive and negative affects in the relationship between self-esteem and happiness. *Psychology research and behavior management*, 13, 355-361. <http://doi.org/10.2147/PRBM.S240917>
- Sallis, J. F. y Owen, N. (2002). Ecological models of health behavior. In K. Glanz, F.M. Lewis and B.K. Rimer (Eds.). *Health Behaviour and Health Education: Theory, Research, and Practice* (pp. 462-484). Jossey-Bass.
- Sánchez, J.C. (2006) Definición y Clasificación de Actividad Física y Salud. *PubliCE Standard*, 0, 1-5. <https://g-se.com/definicion-y-clasificacion-de-actividad-fisica-y-salud-704-sa-N57cfb271785ca>
- Sánchez-Carrión, J. J. (1995). *Manual de análisis de datos*. Alianza.

- Sánchez-López, M. D. P. y Dresch, V. (2008). The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*, 20(4).
- Sánchez-Sosa, J.C., Villarreal-González, M.E., Musitu, G. y Martínez Ferrer, B. (2010). Ideación suicida en adolescentes: un análisis psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 19, 279-287.
- Sandín, B. (2003). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo para niños y adolescentes (PANASN). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(2), 173-182. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.2.2003.3953>
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. E. y Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11, 37–51.
- San Martín, J. L. y Barra, E. (2013). Autoestima, apoyo social y satisfacción vital en adolescentes. *Terapia psicológica*, 31(3), 287-291. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082013000300003>
- Santos-Lozano, A. (2013). *Validación del acelerómetro ACTIGRAPH GT3X para la cuantificación de la actividad física*. [Tesis Doctoral]. Universidad de León.
- Sarason I.G., Levine H.M. y Basham R.B. (1983). Assessing social support: the Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-39. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.127>
- Sarason, B.R., Shearin, E.N., Pierce, G.R. y Sarason, I.G. (1987). Interrelations of social support measures: theoretical and practical implications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(4), 813-832. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.4.813>

- Schaefer, C., Coyne, J.C. y Lazarus, R. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 381- 405.
- Schalock, R. y Verdugo, M. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyo para personas con discapacidad intelectual. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 38(4), 21-36.  
[https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/224\\_articulos2.pdf](https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/224_articulos2.pdf)
- Scully, D., Kremer, J., Meade, M.M., Graham, R. y Dudgeon, K. (1998). Physical exercise and psychological well-being: a critical review. *British Journal of Sports of Medicine*, 32, 111–120.
- Seclén-Palacín, J. A. y Jacoby, E. R. (2003). Factores sociodemográficos y ambientales asociados con la actividad física deportiva en la población urbana del Perú. *Revista panamericana de salud pública* 14, 255-264.
- Seligman, M. E. P. Steen, T. A., Park, N. y Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410>
- Seligman, M.E. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. Free Press.
- Seligman, M.E. y Csikszentmihalyi, M. (2014). Positive psychology: an introduction. En *Flow and the foundations of positive psychology* (pp. 279-298). Springer Netherlands.
- Serra, R. y Bagur C. (2004). *Prescripción de ejercicio físico para la salud*. Paidotribo.
- Sevil, J., Práxedes, A., Zaragoza, J., Del Villar, F. y García-González, L. (2017). Barreras percibidas para la práctica de actividad física en estudiantes universitarios.

Diferencias por género y niveles de actividad física. *Universitas Psychologica*, 16(4), 303-317. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy16-4.bppa>

Shavelson, R. J., Hubner, J. J. y Stanton, G. C. (1976). Self concept: validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46(3), 407-441. <http://doi.org/10.3102/00346543046003407>

Shaw A. (1977). Defining the quality of life. *Hastings Center Report* 7, 11.

Shimai, S., Otake, K., Utsuki, N., Ikemi, A. y Lyubomirsky, S. (2004). Development of a Japanese version of the Subjective Happiness Scale (SHS), and examination of its validity and reliability. *Japanese Journal of Public Health*, 51, 845–853.

Sicilia, A., Ferriz, R. y González-Cutre, D. (2016). Relación entre la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas durante la educación física recibida en la educación secundaria obligatoria y las conductas saludables al inicio del bachillerato. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 36, 59-74.

Silva, A. J. y Caetano, A. (2011). Validation of the flourishing scale and scale of positive and negative experience in portugal. *Social Indicators Research*, 110(2), 469–478. <http://doi.org/10.1007/s11205-011-9938-y>

Silva, P., Novais, C., Botelho-Gomes, P. y Carvalho, J. (2011). Cambios en la percepción del cuerpo de mujeres de edad avanzada, a través de un programa de actividad física. *Motricidad. European Journal of Human Movement*, 26, 55-65.

Slocum-Gori, S. L., Zumbo, B. D., Michalos, A. C. y Diener, E. (2009). A note on the dimensionality of quality of life scales: an illustration with the Satisfaction with Life Scale (SWLS). *Social Indicators Research*, 92(3), 489-496. <http://doi.org/10.1007/s11205-008-9303-y>



- Schmit, D. y Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Steem Scale in 53 nations: exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 623-642.
- Snyder, C.R., Lopez, S.J. y Teramoto, P.J. (2011). The principles of pleasure: understanding positive affect, positive emotions, happiness, and well-being. En Snyder, C.R., Lopez, S.J., y Teramoto, P.J. (Orgs.) *Positive psychology the scientific and practical explorations of human strengths*, 2, (pp. 117-140).
- Solís-Cámara, P., Meda, R. M., Moreno, B. y Juárez, P. (2016). Estructura factorial del cuestionario de salud general GHQ-12 en población general de México. *Salud & Sociedad*, 7(1), 62-76. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2016.0001.00004>
- Somarriba, N. (2008). *Aproximación a la medición de la calidad de vida social e individual en la Europa Comunitaria*. [Tesis Doctoral]. Universidad de Valladolid.
- Sonstroem, R. J. (1984). Exercise and self-esteem. *Exercise and sport sciences reviews*, 12(1), 123-156.
- Sowislo, J. F. y Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139(1), 213-240. <https://doi.org/10.1037/a0028931>
- Spagnoli, P., Caetano, A. y Silva, A. (2012). Psychometric properties of a Portuguese version of the Subjective Happiness Scale. *Social Indicators Research*, 105, 137-143. <http://doi.org/10.1007/s11205-010-9769-2>
- Spence J, McGannon K y Poon P. (2005). The effect of exercise on global self-esteem: a quantitative review. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 27, 311–334.
- Springer, A.E., Kelder, S.H. y Hoelscher, D.M. (2006). El apoyo social, la actividad física y el comportamiento sedentario entre las niñas sexto grado: un estudio transversal.

*International Journal of Behavioral Nutrición y Actividad Física*, 3 (1), 8.

<http://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/1479-5868-3-8>

Springer, K.W. y Hauser, R. M. (2006). An assessment of the construct validity of Ryff's scales of psychological well-being: method, mode, and measurement effects. *Social science research*, 35(4), 1080-1102.

<https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2005.07.004>

Stathi, A., Fox, K. y McKenna, J. (2002). Physical Activity and dimensions of subjective well-being in older adults. *Journal of aging and physical activity*, 10, 76-92.

<http://doi.org/10.1177/1359105309357090>

Steger MF, Frazier P, Oishi S, Kaler M. (2006). The meaning in life questionnaire: assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 80-93.

<https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.80>

Steger, M. F., Shin, J.-Y., Shim, Y. y Fitch-Martin, A. (2013). Is meaning in life a flagship indicator of well-being? En Waterman A. (Ed.), *Eudaimonia* (pp. 159–182). APA Press.

<https://doi.org/10.1037/14092-009>

Strath, S., Bassett, J. Thomson, D. y Swart, A. (2002). Validity of the simultaneous heart rate-motion sensor technique for measuring energy expenditure. *Medicine and Science Sport and Exercise*, 34(5), 888-894.

<http://doi.org/10.1097/00005768-200205000-00025>

Stubbe, J.H., Moor, M.H.M., Boomsma, D.I y Geus, E.J.C. (2007). The association between exercise participation and well-being: a co-twin study. *Preventive Medicine* 44, 148–152.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2006.09.002>

- Stubbe, J.H., Posthuma, D., Boomsma, D.I., De Geus, E.J. (2005). Heritability of life satisfaction in adults: a twin-family study. *Psychological Medicine*, 35(11), 1581-1588. <http://doi.org/10.1017/S0033291705005374>
- Suherman, A., Sultoni, K. y Agust, K. (2019). Physical Self Concept And Physical Activity Among University Students. In *1st International Conference on Education Social Sciences and Humanities* (pp. 460-465). Atlantis Press. <https://doi.org/10.2991/icesshum-19.2019.75>
- Suldo, S.M. y Huebner, E.S. (2006). Is extremely high life satisfaction during adolescence advantageous? *Social Indicators Research*, 78, 179–203. <http://doi.org/10.1007/s11205-005-8208-2>
- Sun, F., Norman, I. J. y While, A. E. (2013). Physical activity in older people: a systematic review. *BMC public health*, 13(1), 449.
- Swami, V. (2008). Translation and validation of the Malay Subjective Happiness Scale. *Social Indicators Research*, 88, 347–353. <https://doi.org/10.1007/s11205-007-9195-2>
- Szabo, A. (2019). Validity of the Hungarian version of the Subjective Happiness Scale (SHS-HU). *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 20(2), 180-201. <http://doi.or/10.1556/0406.20.2019.010>
- Taillefer, M. C., Dupuis, G., Roberge, M. A. y LeMay, S. (2003). Health-related quality of life models: systematic review of the literature. *Social Indicators Research*, 64(2), 293-323. <http://doi.org/10.1023/A:1024740307643>
- Tajfel, H. y Turner, J. C. (1986). An integrative theory of intergroup relations. En Worchel, S. y Austin, W. G. (Eds.), *Psychology of intergroup relations* (pp. 7-24). Nelson-Hall.

- Tellegen, A., Watson, D. y Clark, L. A. (1999). On the dimensional and hierarchical structure of affect. *Psychological Science*, *10*(4), 297-303. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00157>
- Terracciano, A., McCrae, R. y Costa, P. T. (2003). Factorial and Construct Validity of the Italian Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). *European Journal of Psychological Assessment*, *19*(2), 131-141. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.19.2.131>
- Thoits, P.A. (1982). Life stress, social support, and psychological vulnerability: epidemiological considerations. *Journal of Community Psychology*, *10*(4), 341-362. [https://doi.org/10.1002/1520-6629\(198210\)10:4<341::AID-JCOP2290100406>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/1520-6629(198210)10:4<341::AID-JCOP2290100406>3.0.CO;2-J)
- Tian, Q. (2016). Intergeneration social support affects the subjective well-being of the elderly: mediator roles of self-esteem and loneliness. *Journal of health psychology*, *21*(6), 1137-1144. <https://doi.org/10.1177/1359105314547245>
- Tomás, J. M. y Oliver, A. (2004). Confirmatory factor analysis of a Spanish multidimensional scale of self-concept. *Revista Interamericana de Psicología*, *38*(2), 285-293.
- Tomás, J. M., Sancho, P., Melendez, J. C. y Mayordomo, T. (2012). Resilience and coping as predictors of general well-being in the elderly: a structural equation modeling approach. *Aging & Mental Health*, *16*(3), 317-326. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.615737>
- Tomyn, A.J. y Cummins, R.A. (2011). The subjective wellbeing of high-school students: Validating the Personal Wellbeing Index School Children. *Social Indicators Research*, *101*(3), 405-418. <http://doi.org/10.1007/s11205-010-9668-6>

- Tonon, G. (2007). Investigar la calidad de vida en Argentina. *Psicodebate*, 8, 141-150.
- Tonon, G. (2010). La utilización de indicadores de calidad de vida para la decisión de políticas públicas. *Polis*, 9(26), 361-370. <http://journals.openedition.org/polis/820>
- Troiano, R. P., Berrigan, D., Dodd, K. W., Mâsse, L. C., Tilert, T. y McDowell, M. (2008). Physical activity in the United States measured by accelerometer. *Medicine and science in sports and exercise*, 40(1), 181-188. <http://doi.org/10.1249/mss.0b013e31815a51b3>
- Tuccitto, D. E., Giacobbi, P. R., Jr. y Leite, W. L. (2010). The internal structure of positive and negative affect: a confirmatory factor analysis of the PANAS. *Educational and Psychological Measurement*, 70(1), 125-141. <https://doi.org/10.1177/0013164409344522>
- Turmo, J., Vara, Ó. y Rodríguez, Á. (2008). La paradoja de Easterlin en España. *Cuadernos de economía*, 31(85), 31-63. [https://doi.org/10.1016/S0210-0266\(08\)70019-0](https://doi.org/10.1016/S0210-0266(08)70019-0)
- Urzúa, A. y Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>
- Vagetti, G. C., Barbosa Filho, V. C., Moreira, N. B., Oliveira, V. D., Mazzardo, O. y Campos, W. D. (2014). Association between physical activity and quality of life in the elderly: a systematic review, 2000-2012. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36(1), 76-88. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-0895>
- Valois, R. F., Zullig, K. J., Huebner, E. S. y Drane, J. W. (2004). Life satisfaction and suicide among high school adolescents. *Social Indicators Research*, 66, 81-105. <https://doi.org/10.1023/B:SOCI.0000007499.19430.2f>

- Van Amersfoort, Y. (1996). Prescripción de ejercicio físico y salud mental. En J.R. Serra (Ed.), *Prescripción de ejercicio físico para la salud* (pp. 303-339). Paidotribo.
- Van den Berg, P., Kemperman, A., de Kleijn, B. y Borgers, A. (2015). Locations that Support Social Activity Participation of the Aging Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *12*, 10432-10449. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph120910432>
- Van Dierendonck, D. (2004) The construct validity of Ryff's Scale of Psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, *36*(3), 629-644. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00122-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00122-3)
- Van Dierendonck, D., Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A. y Moreno-Jiménez, B. (2008). Ryff's six-factor model of psychological well-being, a Spanish exploration. *Social Indicators Research*, *87*(3), 473. <http://doi.org/10.1007/s11205-007-9174-7>
- Van Dyck, D., Teychenne, M., McNaughton, S. A., De Bourdeaudhuij, I. y Salmon, J. (2015). Relationship of the perceived social and physical environment with mental health-related quality of life in middle-aged and older adults: mediating effects of physical activity. *Plos one*, *10*(3).
- Van Esch, L., Den Oudsten, B. L. y De Vries, J. (2011). The World health Organization quality of life instrument-Short form (WHOQOL-BREF) in women with breast problems. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *11*(1), 5-22.
- Vancampfort, D., Lara, E., Smith, L., Rosenbaum, S., Firth, J., Stubbs, B., Hallgren, M. y Koyanagi, A. (2019). Physical activity and loneliness among adults aged 50 years or older in six low-and middle-income countries. *International journal of geriatric psychiatry*, *34*(12), 1855-1864. <https://doi.org/10.1002/gps.5202>

- Vanhees, L., Lefevre, J., Philippaerts, R., Martens, M., Huygens, W., Troosters, T. y Beunen, G. (2005). How to assess physical activity? How to assess physical fitness? *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 12(2), 102-114. <https://doi.org/10.1097/01.hjr.0000161551.73095.9c>
- Vautier, S., Mullet, E. y Jmel, S. (2004). Assessing the structural robustness of self-rated satisfaction with life: A SEM analysis. *Indicator Research*, 68, 235–249.
- Vázquez-Colunga, J.C., Pando-Moreno, M., Colunga-Rodríguez, C., Preciado-Serrano, M.D.L., Orozco-Solís, M.G., Ángel-González, M. y Vázquez-Juárez, C.L. (2017). Salud Mental Positiva Ocupacional: propuesta de un modelo teórico para el abordaje positivo de la salud mental en el trabajo. *Saúde e Sociedade*, 26(2), 584-595. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017169061>
- Vázquez, C., Duque, A. y Hervás, G. (2013). Satisfaction with life scale in a representative sample of Spanish adults: validation and normative data. *The Spanish journal of psychology*, 16,(e82), 1-15. <https://doi.org/10.1017/sjp.2013.82>
- Vázquez, C. y Hervás, G. (2008). Salud positiva: Del síntoma al bienestar. *Psicología positiva aplicada*, 17-39.
- Vázquez C., Rahona J. J., Gómez D., Caballero F. F. y Hervás G. (2015). A national representative study of the relative impact of physical and psychological problems on life satisfaction. *Journal of Happiness Studies*, 16(1), 135-148. <http://doi.org/10.1007/s10902-014-9501-z>
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención psicosocial*, 3, 87-116.
- Veenhoven, R. (1998). La utilidad de la felicidad. *Investigación de indicadores sociales*, 20, 333-354.

- Veenhoven, R. (2000) The four qualities of life. Ordering concepts and measures of the good life. *Journal Of Happiness Studies*, 1, 1-39.
- Veenhoven, R. (2009). Medidas de la felicidad nacional bruta. *Psychosocial Intervention*, 18(3), 279-299.
- Veenhoven, R. y Vergunst, F. (2014). The Easterlin illusion: economic growth does go with greater happiness. *International Journal of Happiness and Development*, 1(4), 311-343.
- Velarde-Mayol, C., Fragua-Gil, S. y García-de-Cecilia, J. M. (2016). Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 42(3), 177-183.  
<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.05.017>
- Vera, B. (2006). Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 3-8.
- Vera, J.A., Rodríguez, C.K. y Grubits, S. (2009). Social psychology and the concept of culture. *Psicologia & Sociedade*, 21(1), 100-107. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822009000100012>
- Vera-Villarroel, P., Celis-Atenas, K. y Cordova-Rubio, N. (2011). Evaluación de la Felicidad: Análisis Psicométrico de la Escala de Felicidad Subjetiva en Población Chilena. *Terapia Psicológica*, 29(1), 127-133. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100013>
- Vera-Villarroel, P., Urzúa, A., Silva, J. R., Pavez, P. y Celis-Atenas, K. (2013). Escala de bienestar de Ryff: análisis comparativo de los modelos teóricos en distintos grupos de edad. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(1), 106-112.  
<https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000100012>



- Villa, I. C., Zuluaga, C. y Restrepo, L. F. (2013). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-12 en una institución hospitalaria de la ciudad de Medellín. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31(3), 532-545.
- Villavicencio, M.E.F., Rodríguez, C.C., González, M.Á., López, M.G.V., Cardona, G.A.C., Barbosa, M.A.V. y Ávila, M.C. (2017). Salud mental y calidad de vida en adultos mayores. *Uaricha*, 10(21), 1-13.
- Vittersø, J. (2001). Flow versus life satisfaction: a projective use of cartoons to illustrate the difference between the evaluation approach and the intrinsic motivation approach to subjective quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 4, 141-167.
- Vittersø, J. (2013a). Feelings, meanings, and optimal functioning: some distinctions between hedonic and eudaimonic well-being. En Waterman, A.S. (Ed.), *The best within us: positive psychology perspectives on eudaimonia* (pp. 39-55). APA Books. <https://doi.org/10.1037/14092-003>
- Vittersø, J. (2013b). Functional well-being: happiness as feelings, evaluations and functioning. En Boniwell, I., David, S. y Ayers, A.C. (Eds.), *The Oxford handbook of happiness* (pp. 227-244). Oxford, UK: Oxford University Press <http://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199557257.013.0017>
- Vittersø, J., Oelmann, H.I. y Wang, A.L. (2009a). Life satisfaction is not a balanced estimator of the good life: evidence from reaction-time measures and self-reported emotions. *Journal of Happiness Studies*, 10, 1-17. <http://doi.org/10.1007/s10902-007-9058-1>
- Vittersø, J., Overweijn, P. y Martinsen, E. (2009b). Pleasure and interest are differentially affected by replaying versus analyzing a happy life moment. *Journal of Positive Psychology*, 10, 14-20. <https://doi.org/10.1080/17439760802060602>

- Vittersø, J., Røysamb, E. y Diener, E. (2002). The concept of life satisfaction across cultures: exploring its diverse meaning and relation to economic wealth. En Gullone, E. y Cummins, R.A. (Eds.), *The universality of subjective wellbeing indicators* (pp. 81–103). Kluwer Academic Publishers.
- Vittersø, J., Sørholt, Y., Hetland, A., Thoresen, I. A. y Røysamb, E. (2010). Was Hercules happy? Some answers from a functional model of human well-being. *Social Indicators Research*, 95, 1-18.
- Warburton, D.E., Nicol, C.W. y Bredin, S.S. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian medical association journal*, 174(6), 801-809.  
<https://doi.org/10.1503/cmaj.051351>
- Ward, D. S., Evenson, K. R., Vaughn, A., Rodgers, A. B. y Troiano, R. P. (2005). Accelerometer use in physical activity: best practices and research recommendations. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 37(11), 582-588.  
<http://doi.org/10.1249/01.mss.0000185292.71933.91>
- Warren, J. M., Ekelund, U., Besson, H., Mezzani, A., Geladas, N. y Vanhees, L. (2010). Assessment of physical activity: a review of methodologies with reference to epidemiological research: a report of the exercise physiology section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 17(2), 127-139.  
<https://doi.org/10.1097/HJR.0b013e32832ed875>
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 678–691. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.64.4.678>

- Waterman, A. S. (2011). Eudaimonic identity theory: identity as self-discovery. En Schwartz, S.J., Luyckx, K. y Vignoles V.L. (Eds.), *Handbook of identity theory and research* (Vols 1 and 2). Springer. [http://doi.org/10.1007/978-1-4419-7988-9\\_16](http://doi.org/10.1007/978-1-4419-7988-9_16)
- Watson, D. (1988). Intraindividual and interindividual analyses of Positive and Negative Affect: their relation to health complaints, perceived stress, and daily activities. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1020-1030. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1020>
- Watson, D. y Clark, L. (1997). Measurement and mismeasurement of mood: recurrent and emergent issues. *Journal of Personality Assessment*, 68, 267-296. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6802\\_4](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6802_4)
- Watson, D. y Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96(2), 234–254. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.96.2.234>
- Watson, D. y Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological bulletin*, 98(2), 219. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.219>
- Watson, D., Clark, L. A. y Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 346–353. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.97.3.346>
- Watson D., Clark L.A. y Tellegen A. (1988). Development and validation of brief measure of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 54, 1063-1070
- Weiss, R.S. (1973). *La soledad: una experiencia emocional y social de aislamiento*. MIT Press.

- Weiss, R.S. (1982). Issues in the study of loneliness. En: Peplau, L.A. y Perlman, D. *Loneliness. A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp71-80). Wiley y Sons.
- Welk, G. J., Saint-Maurice, P. F., Dixon, P. M., Hibbing, P. R., Yang Bai, McLoughlin, G. M. y da Silva, M. P. (2021). Calibration of the Online Youth Activity Profile Assessment for School-Based Applications. *Journal for the Measurement of Physical Behaviour*, 4(3), 236–246. <https://doi.org/10.1123/jmpb.2020-0048>
- White, Wójcicki y McAuley (2009). Physical activity and quality of life in community dwelling older Adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(10).
- Whoqol Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Wold, B. (1995). *Health-behavior in schoolchildren: a WHO crossnational survey. Resource package questions 1993-94*. University of Bergen.
- World Health Organization. (2008). *World health statistics 2008*. World Health Organization.
- Wood, A. M. y Joseph, S. (2010). The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: a ten years cohort study. *Journal of affective disorders*, 122(3), 213-217. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.032>
- Wu C, Yao G. (2006). Analysis of factorial invariance across gender in the Taiwan version of the satisfaction with life scale. *Personality and Individual Differences* 40(6), 1259-1268. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.11.012>
- Xu, M. K., Marsh, H. W., Hau, K.-T., Ho, I. T., Morin, A. J. S. y Abduljabbar, A. S. (2013). The internal/external frame of reference of academic self-concept:

extension to a foreign language and the role of language of instruction. *Journal of Educational Psychology*, 105, 489-503. <http://doi.org/10.1037/a0031333>

Yang, L., 2014. An inventory of composite measures of human progress. Occasional paper on methodology, UNDP Human Development Report Office. URL [http://hdr.undp.org/sites/default/files/inventory\\_report\\_working\\_paper.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/inventory_report_working_paper.pdf)

Zagalaz, M. L., Moreno, R. y Cachón, J. (2001). Nuevas tendencias en la educación física. *Contextos educativos*, 4, 263-194.

Zakarian, J. M., Hovell, M. F., Hofstetter, C. R., Sallis, J. F. y Keating, K. J. (1994). Correlates of vigorous exercise in a predominantly low SES and minority high school population. *Preventive medicine*, 23(3), 314-321.

Zamarripa-Rivera, J. I., Ruiz-Juan, F., López-Walle, J. M. A. y Fernández, R. (2014). Frecuencia, duración, intensidad y niveles de actividad física durante el tiempo libre en la población adulta de Monterrey (Nuevo León, México). *Espiral. Cuadernos del Profesorado*, 7(14), 3-12.

Zeidner, M., Matthews, G. y Shemesh, D. O. (2016). Cognitive-social sources of wellbeing: differentiating the roles of coping style, social support and emotional intelligence. *Journal of Happiness Studies*, 17(6), 2481-2501. <http://doi.org/10.1007/s10902-015-9703-z>

Zevon, M. A. y Tellegen, A. (1982). The structure of mood change: an idiographic/nomothetic analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43(1), 111. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.43.1.111>

Zhang, Z. y Chen, W. (2019). A systematic review of the relationship between physical activity and happiness. *J. Happiness Stud*, 20, 1305–1322.

# **ANEXOS**



**ANEXO 1**  
**Cuestionario para población general**  
**- Estudio 1 -**







**ENCUESTA DE BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA 2013**

N.º de cuestionario	
Fecha (día-mes-año)	____/____/____
Lugar de residencia habitual	

**Buenos días/ buenas tardes. Mi nombre es Tamara Gonzalo. Estoy realizando un estudio junto con la Universidad de Burgos cuyo objetivo es conocer la Calidad de vida de las personas. Le rogamos conteste con sinceridad, su opinión es muy importante. En todo momento le garantizamos la confidencialidad de sus respuestas, los resultados serán utilizados únicamente con fines científicos.**

**Empezaremos preguntándole por unos datos generales**

**1. Sexo:** Varón (1) Mujer (2)

**2. ¿En qué año nació?** \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**3. Ocupación** (Puedes señalar más de una opción):

- Estudiante (1)
- Trabajo remunerado (2)
- En paro (3)
- Jubilado o pensionista (4)

**4. Estatus marital:**

- Soltero/a (1)
- Casado o con pareja cohabitando (2)
- Con pareja sin cohabitar (3)
- Viudo/a (4)
- Separado/a (5)

**5. Señale el nivel de estudios que haya finalizado:**

- Doctorado (1)
- Licenciatura (2)
- Diplomatura (3)
- Bachillerato /FP (4)
- Graduado escolar o E.S.O. (5)
- Sin estudios (6)

Si estás cursando una carrera ¿cuál? \_\_\_\_\_  
Curso \_\_\_\_\_

**6. ¿Padece alguna enfermedad?**

- Si (1)
- No (2)
- Indique qué enfermedad: \_\_\_\_\_

→ Si no padece ninguna enfermedad pase a la pregunta 9.

**7. ¿La enfermedad que padece es crónica?**

- Si (1)
- No (2)

**8. ¿La enfermedad que padece precisa medicación?**

- Si (1)
- No (2)

**9. Las siguientes preguntas hacen referencia a la práctica de Actividad física:**

**Entendiendo como Actividad Física cualquier actividad que haga trabajar al cuerpo más fuerte de lo normal, usted:**

- No practica actividad física (0)
- Practica actividad física < 1 vez por semana (1)
- Practica actividad física 1 vez por semana (2)
- Practica actividad física 2-3 veces por semana (3)
- Practica actividad física 4-5 veces por semana (4)
- Practica actividad física 6-7 veces por semana (5)

→ Si no practica actividad física pase a la pregunta 10.

**Ahora deberá contestar a unas preguntas que hacen referencia a la duración de cada una de las sesiones en las que practica actividad física.**

- 10-20 minutos (1)
- 20-30 minutos (2)
- 30-40 minutos (3)
- 40-50 minutos (4)
- 50-60 minutos (5)
- Más de 60 minutos (6)

**Siendo la intensidad en la práctica de actividad física el porcentaje de trabajo en relación a la capacidad máxima que tiene una persona y sabiendo que este concepto es una percepción personal, cuando usted realiza ejercicio, lo hace con una intensidad**

- No hago esfuerzo (0)
- Muy muy suave 10% (1)
- Muy suave 20% (2)
- Bastante suave 30% (3)
- Algo duro 40% - 60% (4)
- Duro 70% (5)
- Muy duro 80% - 90% (6)
- Muy muy duro 100% (7)

**Para terminar nos gustaría saber si usted**

- Practica actividad física dentro de un club deportivo (1)
- Practica actividad física por su cuenta (2)

**10. Para comenzar leerá cuatro afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando la siguiente escala de 1 a 7, donde 1 = Nada feliz y 7 = Muy feliz.**

1.	En general, me considero	1	2	3	4	5	6	7
2.	En comparación con la mayoría de mis iguales, me considero	1	2	3	4	5	6	7
3.	Algunas personas son muy felices en general. Disfrutan de la vida independientemente de lo que suceda, sacan el máximo provecho de todo. ¿Hasta qué punto lo describe esta caracterización?	1	2	3	4	5	6	7

4. Por término general, algunas personas no son muy felices. Aunque no se encuentran deprimidas, nunca parecen estar tan felices como podrían. ¿Hasta qué punto lo describe esta caracterización?	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

11. Las siguientes preguntas sirven para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante ÚLTIMAS DOS SEMANAS.

Por favor lea cada pregunta, valores sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

	Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

	Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2. ¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS.

	Nada	Poco	Lo normal	Bastante	Mucho
3. ¿Hasta que punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5. ¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6. ¿Hasta que punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuán totalmente" usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS.

	Nada	Un Poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
	Nada	Poco	Lo normal	Bastante	Mucho
15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuán satisfecho o bien" se ha sentido en varios aspectos de su vida en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS.

	Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17. ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19. ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20. ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25. ¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS

	Nunca	Raramente	Mediana-mente	Frecuente-mente	Siempre

26. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

12. A continuación, nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Por favor, conteste a TODAS las preguntas, rodeando las repuestas que a su juicio se acercan más a lo que siente o ha sentido. Recuerde que queremos conocer los problemas recientes y actuales, no los que ha tenido en el pasado. ÚLTIMAMENTE:

	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía?	0	1	2	3
2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	0	1	2	3
3. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?	0	1	2	3
4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	0	1	2	3
5. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	0	1	2	3
6. ¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?	0	1	2	3
7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?	0	1	2	3
8. ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?	0	1	2	3
9. ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?	0	1	2	3
10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo?	0	1	2	3
11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	0	1	2	3
12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?	0	1	2	3

13. Más abajo hay cinco afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Responda a cada una de ellas siendo 1 = Totalmente en desacuerdo y 7 = Totalmente de acuerdo.

1. En la mayoría de los aspectos mi vida es como quiero que sea	1	2	3	4	5	6	7
2. Hasta ahora he conseguido las cosas que para mí son importantes	1	2	3	4	5	6	7
3. Estoy satisfecho con mi vida	1	2	3	4	5	6	7
4. Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada de mi vida	1	2	3	4	5	6	7
5. Las circunstancias de mi vida son excelentes	1	2	3	4	5	6	7

14. Responda a las siguientes preguntas en función de lo que le ha sucedido en el ÚLTIMO MES.

Marque con un círculo el número apropiado, atendiendo al criterio siguiente.

1=Ligeramente o nada / 2=Un poco / 3=Moderadamente / 4=Bastante / 5=Mucho

1. Atento	1	2	3	4	5
-----------	---	---	---	---	---

2. Angustiado	1	2	3	4	5
3. Interesado	1	2	3	4	5
4. Preocupado, alterado	1	2	3	4	5
5. Alerta	1	2	3	4	5
6. Hostil	1	2	3	4	5
7. Excitado	1	2	3	4	5
8. Irritable	1	2	3	4	5
9. Entusiasmado	1	2	3	4	5
10. Asustado	1	2	3	4	5
11. Inspirado	1	2	3	4	5
12. Temeroso	1	2	3	4	5
13. Orgullosa	1	2	3	4	5
14. Avergonzado	1	2	3	4	5
15. Resuelto, decidido	1	2	3	4	5
16. Culpable	1	2	3	4	5
17. Fuerte	1	2	3	4	5
18. Nervioso	1	2	3	4	5
19. Activo	1	2	3	4	5
20. Ansioso	1	2	3	4	5

15. Indica en qué medida está de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. En general, estoy satisfecho/a conmigo mismo/a.	1	2	3	4
2. A veces pienso que no soy bueno/a en nada.	1	2	3	4
3. Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades.	1	2	3	4
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.	1	2	3	4
5. Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orgulloso/a.	1	2	3	4
6. A veces me siento realmente inútil.	1	2	3	4
7. Tengo la sensación de que soy una persona de valía, al menos igual que la mayoría de la gente.	1	2	3	4
8. Ojalá me respetara más a mí mismo/a.	1	2	3	4
9. En definitiva, tiendo a pensar que soy un fracasado/a.	1	2	3	4
10. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.	1	2	3	4

16. Conteste a las siguientes frases valorándolas del 1 al 6, siendo 1 totalmente en desacuerdo y 6 totalmente de acuerdo. Las puntuaciones mayores significan que está más de acuerdo con la frase.

1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas	1	2	3	4	5	6
2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones	1	2	3	4	5	6
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente	1	2	3	4	5	6

4.	Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida	1	2	3	4	5	6
5.	Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga	1	2	3	4	5	6
6.	Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad	1	2	3	4	5	6
7.	En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo	1	2	3	4	5	6
8.	No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar	1	2	3	4	5	6
9.	Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí	1	2	3	4	5	6
10.	He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto	1	2	3	4	5	6
11.	Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo	1	2	3	4	5	6
12.	Siento que mis amistades me aportan muchas cosas	1	2	3	4	5	6
13.	Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones	1	2	3	4	5	6
14.	En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo	1	2	3	4	5	6
15.	Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro	1	2	3	4	5	6
16.	Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí	1	2	3	4	5	6
17.	Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad	1	2	3	4	5	6
18.	Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general	1	2	3	4	5	6
19.	Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen	1	2	3	4	5	6
20.	Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida	1	2	3	4	5	6
21.	En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo	1	2	3	4	5	6
22.	No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza	1	2	3	4	5	6
23.	Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos	1	2	3	4	5	6
24.	En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo	1	2	3	4	5	6
25.	Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí	1	2	3	4	5	6
26.	Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona	1	2	3	4	5	6
27.	Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona	1	2	3	4	5	6

28.	Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento	1	2	3	4	5	6
29.	Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla	1	2	3	4	5	6

**17. A continuación encontrará una serie de frases. Lea cada una de ellas cuidadosamente y conteste con valor entre 1 y 5 según el grado de acuerdo o desacuerdo con cada frase siendo 1 "Total desacuerdo" y 5 "Total acuerdo".**

1.	Hago bien los trabajos académicos y/o profesionales.	1	2	3	4	5
2.	Hago fácilmente amigos.	1	2	3	4	5
3.	Tengo miedo de algunas cosas.	1	2	3	4	5
4.	Soy muy criticado en casa.	1	2	3	4	5
5.	Me cuido físicamente.	1	2	3	4	5
6.	Mis profesores y/o superiores me consideran un buen estudiante y/o trabajador.	1	2	3	4	5
7.	Soy una persona amigable.	1	2	3	4	5
8.	Muchas cosas me ponen nervioso.	1	2	3	4	5
9.	Me siento feliz en casa.	1	2	3	4	5
10.	Me buscan para realizar actividades deportivas.	1	2	3	4	5
11.	Trabajo mucho.	1	2	3	4	5
12.	Es difícil para mí hacer amigos.	1	2	3	4	5
13.	Me asusto con facilidad.	1	2	3	4	5
14.	Mi familia está decepcionada de mí.	1	2	3	4	5
15.	Me considero elegante.	1	2	3	4	5
16.	Mis profesores y/o superiores me estiman.	1	2	3	4	5
17.	Soy una persona alegre.	1	2	3	4	5
18.	Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso.	1	2	3	4	5
19.	Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problema.	1	2	3	4	5
20.	Me gusta como soy físicamente.	1	2	3	4	5
21.	Soy buen estudiante y/o trabajador.	1	2	3	4	5
22.	Me cuesta hablar con las personas que no conozco.	1	2	3	4	5
23.	Me pongo nervioso cuando me pregunta el profesor y/o superior.	1	2	3	4	5
24.	Mis padres me dan confianza.	1	2	3	4	5
25.	Soy bueno haciendo deporte.	1	2	3	4	5
26.	Mis superiores me consideran inteligente y trabajador.	1	2	3	4	5

27. Tengo muchos amigos.	1	2	3	4	5
28. Me siento nervioso.	1	2	3	4	5
29. Me siento querido por mis padres.	1	2	3	4	5
30. Soy una persona atractiva.	1	2	3	4	5

18. Indique también, por favor, la frecuencia con la que el contenido de la frase describe la forma en que ud. se siente. Para ello rodee una de las cuatro opciones, recordando que 1 es "nunca" y 4 "siempre".

1. ¿Con qué frecuencia piensa que no hay nadie a quien pueda recurrir?	1	2	3	4
2. ¿Con qué frecuencia siente que no hay nadie cerca de Ud?	1	2	3	4
3. ¿Con qué frecuencia se siente aislado de los demás?	1	2	3	4
4. ¿Con qué frecuencia siente que hay gente con quien puede hablar?	1	2	3	4

19. Las siguientes preguntas se refieren a personas de su entorno que le proporcionan ayuda o apoyo. En cada cuestión indique, EN LA PRIMERA COLUMNA, con cuántas personas puede contar para ayudarlo (no más de 9 en cada caso). EN LAS SIGUIENTES COLUMNAS, marque el grado de satisfacción general que tiene con el apoyo recibido en cada cuestión.

	Nº DE PERSONAS	Muy	Bastante	Poco	Un poco	Bastante	Muy
1. Contar realmente con alguien para distraerse de sus preocupaciones cuando se siente agobiado.	—	1	2	3	4	5	6
2. Contar para ayudarlo a sentirse más relajado cuando está bajo tensión o presión	—	1	2	3	4	5	6
3. Alguien que le acepte totalmente, con sus peores y mejores cualidades	—	1	2	3	4	5	6
4. Contar con alguien para cuidarlo, a pesar de todo lo que le está sucediendo	—	1	2	3	4	5	6
5. Alguien que le ayude a encontrarse mejor cuando se siente realmente deprimido	—	1	2	3	4	5	6
6. Alguien que le consuele cuando está muy disgustado	—	1	2	3	4	5	6

20. Primero describa brevemente una actividad, aquella que más le guste realizar, su favorita.

---



---



---

Para terminar, debe responder a estas cuestiones pensando en la situación descrita, siendo 0 "totalmente en desacuerdo" y 10 "totalmente de acuerdo".

20.1. Sabía que mi capacidad me permitiría hacer frente al desafío que se me planteaba.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20.2. Hice los gestos correctos sin pensar, de forma automática.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20.3. Conocía claramente lo que quería hacer.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20.4. Tenía realmente claro que lo estaba haciendo bien.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20.5. Mi atención estaba completamente centrada en lo que estaba haciendo.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20.6. Sentía un control total de lo que estaba haciendo.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20.7. No me importaba lo que los otros podían haber estado pensando de mí.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20.8. El tiempo parecía diferente a otras veces (ni lento, ni rápido).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20.9. Realmente me divertía lo que estaba haciendo.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20.10. Mi habilidad estaba al mismo nivel de lo que me exigía la situación.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20.11. Parecía que las cosas estaban sucediendo automáticamente.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20.12. Estaba seguro de lo que quería hacer.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20.13. Sabía lo bien que lo estaba haciendo.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20.14. No me costaba mantener mi mente en lo que estaba sucediendo.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20.15. Sentía que podía controlar lo que estaba haciendo.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20.16. No estaba preocupado por mi ejecución.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20.17. El paso del tiempo parecía ser diferente al normal.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20.18. Me gustaba lo que estaba experimentando en ese momento y me gustaría sentirlo de nuevo.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20.19. Sentía que era lo suficientemente bueno para hacer frente a la dificultad de la situación.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20.20. Ejecutaba automáticamente.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20.21. Sabía lo que quería conseguir.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20.22. Tenía buenos pensamientos acerca de lo bien que lo estaba haciendo mientras estaba practicando.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20.23. Tenía una total concentración.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

21.24. Tenía un sentimiento de control total.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20.25. No estaba preocupado por la imagen que daba a los demás.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20.26. Sentía como si el tiempo se parase mientras estaba practicando.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20.27. La experiencia me dejó un buen sabor de boca (buena impresión).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20.28. Las dificultades y mis habilidades para superarlas, estaban a un mismo nivel.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20.29. Hacía las cosas espontánea y automáticamente.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20.30. Mis objetivos estaban claramente definidos.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20.31. Estaba seguro de que en ese momento, lo estaba haciendo muy bien.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20.32. Estaba totalmente centrado en lo que estaba haciendo.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20.33. Sentía un control total de mi cuerpo.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20.34. No me preocupaba lo que otros pudieran estar pensando de mí.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20.35. A veces parecía que las cosas estaban sucediendo como a cámara lenta.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20.36. Encontré la experiencia muy valiosa y reconfortante.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

# MUCHAS GRACIAS por su colaboración

**ANEXO 2**  
**Cuestionario mujer**  
**- Estudio 2 -**







**ENCUESTA DE BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA 2014**

N.º de cuestionario	
Fecha (día-mes-año)	____/____/____
Lugar de residencia habitual	

**Buenos días/ buenas tardes. Mi nombre es Tamara Gonzalo. Estoy realizando un estudio junto con la Universidad de Burgos cuyo objetivo es conocer la Calidad de vida de las personas. Le rogamos conteste con sinceridad, su opinión es muy importante. En todo momento le garantizamos la confidencialidad de sus respuestas, los resultados serán utilizados únicamente con fines científicos.**

**Empezaremos preguntándole por unos datos generales**

**1. Sexo:** Varón (1) Mujer (2)

**2. ¿En qué año nació?** \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**3. Ocupación** (Puedes señalar más de una opción):

- Estudiante (1)
- Trabajo remunerado (2)
- En paro (3)
- Jubilado o pensionista (4)

**4. Estatus marital:**

- Soltero/a (1)
- Casado o con pareja cohabitando (2)
- Con pareja sin cohabitar (3)
- Viudo/a (4)
- Separado/a (5)

**5. Señale el nivel de estudios que haya finalizado:**

- Doctorado (1)
- Licenciatura (2)
- Diplomatura (3)
- Bachillerato /FP (4)
- Graduado escolar o E.S.O. (5)
- Sin estudios (6)

Si estás cursando una carrera ¿cuál? \_\_\_\_\_  
Curso \_\_\_\_\_

**6. ¿Padece alguna enfermedad?**

- Si (1)
- No (2)
- Indique qué enfermedad: \_\_\_\_\_

—————> Si no padece ninguna enfermedad pase a la pregunta 9.

**7. ¿La enfermedad que padece es crónica?**

- Si (1)
- No (2)

**8. ¿La enfermedad que padece precisa medicación?**

- Si (1)
- No (2)

**9. Las siguientes preguntas hacen referencia a la práctica de Actividad física:**

**Entendiendo como Actividad Física cualquier actividad que haga trabajar al cuerpo más fuerte de lo normal, usted:**

- No practica actividad física (0)
- Practica actividad física < 1 vez por semana (1)
- Practica actividad física 1 vez por semana (2)
- Practica actividad física 2-3 veces por semana (3)
- Practica actividad física 4-5 veces por semana (4)
- Practica actividad física 6-7 veces por semana (5)

—————> Si no practica actividad física pase a la pregunta 10.

**Ahora deberá contestar a unas preguntas que hacen referencia a la duración de cada una de las sesiones en las que practica actividad física.**

- 10-20 minutos (1)
- 20-30 minutos (2)
- 30-40 minutos (3)
- 40-50 minutos (4)
- 50-60 minutos (5)
- Más de 60 minutos (6)

**Siendo la intensidad en la práctica de actividad física el porcentaje de trabajo en relación a la capacidad máxima que tiene una persona y sabiendo que este concepto es una percepción personal, cuando usted realiza ejercicio, lo hace con una intensidad**

- No hago esfuerzo (0)
- Muy muy suave 10% (1)
- Muy suave 20% (2)
- Bastante suave 30% (3)
- Algo duro 40% - 60% (4)
- Duro 70% (5)
- Muy duro 80% - 90% (6)
- Muy muy duro 100% (7)

**Para terminar nos gustaría saber si usted**

- Practica actividad física dentro de un club deportivo (1)
- Practica actividad física por su cuenta (2)

**10. Para comenzar leerá cuatro afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando la siguiente escala de 1 a 7, donde 1 = Nada feliz y 7 = Muy feliz.**

5.	En general, me considero	1	2	3	4	5	6	7
6.	En comparación con la mayoría de mis iguales, me considero	1	2	3	4	5	6	7
7.	Algunas personas son muy felices en general. Disfrutan de la vida independientemente de lo que suceda, sacan el máximo provecho de todo. ¿Hasta qué punto lo describe esta caracterización?	1	2	3	4	5	6	7

8. Por término general, algunas personas no son muy felices. Aunque no se encuentran deprimidas, nunca parecen estar tan felices como podrían. ¿Hasta qué punto lo describe esta caracterización?	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

11. Las siguientes preguntas sirven para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante ÚLTIMAS DOS SEMANAS.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

	Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
27. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

	Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
28. ¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS.

	Nada	Poco	Lo normal	Bastante	Mucho
29. ¿Hasta que punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
30. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
31. ¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
32. ¿Hasta que punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
33. ¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
34. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
35. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuán totalmente" usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS.

	Nada	Un Poco	Moderado	Bastante	Totalmente
36. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
37. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
38. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
39. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
40. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
	Nada	Poco	Lo normal	Bastante	Mucho
41. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuán satisfecho o bien" se ha sentido en varios aspectos de su vida en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS.

	Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
42. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
43. ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
44. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
45. ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
46. ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
47. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
48. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
49. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
50. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
51. ¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS

	Nunca	Raramente	Mediana-mente	Frecuente-mente	Siempre

52. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

**13. Más abajo hay cinco afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Responda a cada una de ellas siendo 1 = Totalmente en desacuerdo y 7 = Totalmente de acuerdo.**

6. En la mayoría de los aspectos mi vida es como quiero que sea	1	2	3	4	5	6	7
7. Hasta ahora he conseguido las cosas que para mí son importantes	1	2	3	4	5	6	7
8. Estoy satisfecho con mi vida	1	2	3	4	5	6	7
9. Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada de mi vida	1	2	3	4	5	6	7
10. Las circunstancias de mi vida son excelentes	1	2	3	4	5	6	7

**14. Responda a las siguientes preguntas en función de lo que le ha sucedido en el ÚLTIMO MES.**

**Marque con un círculo el número apropiado, atendiendo al criterio siguiente.**

1=Ligeramente o nada / 2=Un poco / 3=Moderadamente / 4=Bastante / 5=Mucho

21. Atento	1	2	3	4	5
22. Angustiado	1	2	3	4	5
23. Interesado	1	2	3	4	5
24. Preocupado, alterado	1	2	3	4	5
25. Alerta	1	2	3	4	5
26. Hostil	1	2	3	4	5
27. Excitado	1	2	3	4	5
28. Irritable	1	2	3	4	5
29. Entusiasmado	1	2	3	4	5
30. Asustado	1	2	3	4	5
31. Inspirado	1	2	3	4	5
32. Temeroso	1	2	3	4	5
33. Orgullosa	1	2	3	4	5
34. Avergonzado	1	2	3	4	5
35. Resuelto, decidido	1	2	3	4	5
36. Culpable	1	2	3	4	5
37. Fuerte	1	2	3	4	5
38. Nervioso	1	2	3	4	5
39. Activo	1	2	3	4	5
40. Ansioso	1	2	3	4	5

**15. Indica en qué medida está de acuerdo con las siguientes afirmaciones:**

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
11. En general, estoy satisfecho/a conmigo mismo/a.	1	2	3	4
12. A veces pienso que no soy bueno/a en nada.	1	2	3	4

13. Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades.	1	2	3	4
14. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.	1	2	3	4
15. Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orgulloso/a.	1	2	3	4
16. A veces me siento realmente inútil.	1	2	3	4
17. Tengo la sensación de que soy una persona de valía, al menos igual que la mayoría de la gente.	1	2	3	4
18. Ojalá me respetara más a mí mismo/a.	1	2	3	4
19. En definitiva, tiendo a pensar que soy un fracasado/a.	1	2	3	4
20. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.	1	2	3	4

**17. A continuación encontrará una serie de frases. Lea cada una de ellas cuidadosamente y conteste con valor entre 1 y 5 según el grado de acuerdo o desacuerdo con cada frase siendo 1 "Total desacuerdo" y 5 "Total acuerdo".**

31. Hago bien los trabajos académicos y/o profesionales.	1	2	3	4	5
32. Hago fácilmente amigos.	1	2	3	4	5
33. Tengo miedo de algunas cosas.	1	2	3	4	5
34. Soy muy criticado en casa.	1	2	3	4	5
35. Me cuido físicamente.	1	2	3	4	5
36. Mis profesores y/o superiores me consideran un buen estudiante y/o trabajador.	1	2	3	4	5
37. Soy una persona amigable.	1	2	3	4	5
38. Muchas cosas me ponen nervioso.	1	2	3	4	5
39. Me siento feliz en casa.	1	2	3	4	5
40. Me buscan para realizar actividades deportivas.	1	2	3	4	5
41. Trabajo mucho.	1	2	3	4	5
42. Es difícil para mí hacer amigos.	1	2	3	4	5
43. Me asusto con facilidad.	1	2	3	4	5
44. Mi familia está decepcionada de mí.	1	2	3	4	5
45. Me considero elegante.	1	2	3	4	5
46. Mis profesores y/o superiores me estiman.	1	2	3	4	5
47. Soy una persona alegre.	1	2	3	4	5
48. Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso.	1	2	3	4	5
49. Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problema.	1	2	3	4	5
50. Me gusta como soy físicamente.	1	2	3	4	5
51. Soy buen estudiante y/o trabajador.	1	2	3	4	5
52. Me cuesta hablar con las personas que no conozco.	1	2	3	4	5
53. Me pongo nervioso cuando me pregunta el profesor y/o superior.	1	2	3	4	5

54.	Mis padres me dan confianza.	1	2	3	4	5
55.	Soy bueno haciendo deporte.	1	2	3	4	5
56.	Mis superiores me consideran inteligente y trabajador.	1	2	3	4	5

57.	Tengo muchos amigos.	1	2	3	4	5
58.	Me siento nervioso.	1	2	3	4	5
59.	Me siento querido por mis padres.	1	2	3	4	5
60.	Soy una persona atractiva.	1	2	3	4	5

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**









