



UNIVERSIDAD DE JAÉN
FACULTAD DE HUMANIDADES Y
CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE DIDÁCTICA
DE LA EXPRESIÓN MUSICAL,
PLÁSTICA Y CORPORAL

TESIS DOCTORAL
NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA, ESTADO
PONDERAL Y SATISFACCIÓN CORPORAL E
LA POBLACIÓN LATINOAMERICANA Y
ESPAÑOLA CON ESTUDIOS
UNIVERSITARIOS

PRESENTADA POR:
SILVIA A. MORALES DE NESTARES

DIRIGIDA POR:
DR. D. PEDRO ÁNGEL LATORRE ROMÁN

JAÉN, 5 DE JULIO DE 2017

ISBN 978-84-9159-303-4



UNIVERSIDAD DE JAÉN

El **Doctor D. Pedro Ángel Latorre Román**, profesor Contratado Doctor, del Departamento de Didáctica de la Expresión Musical, Plástica y Corporal, de la Universidad de Jaén.

CERTIFICA:

Que la Tesis Doctoral presentada por Dña. **Silvia A. Morales de Nestares**, con el título:

***NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA, ESTADO PONDERAL Y SATISFACCIÓN
CORPORAL EN LA POBLACIÓN LATINOAMERICANA Y ESPAÑOLA CON
ESTUDIOS UNIVERSITARIOS.***

ha sido realizada bajo mi dirección.

Considero que el trabajo reúne las condiciones científicas necesarias, siendo expresión de la capacidad investigadora e interpretativa de su autor en condiciones que le hace merecedor del título de Doctor, siempre y cuando así lo estime oportuno el tribunal.

Fdo. Prof. Dr. D. Pedro Ángel Latorre Román

En Jaén a 10 de mayo de 2017

Agradecimientos

El presente estudio ha requerido un esfuerzo en el cual, directamente e indirectamente han participado varias personas.

Quisiera agradecer a Raúl, Martín y Sebastián por su constante apoyo, acompañándome, creyendo en mí, gracias.

Gracias Jeena por ayudarme para poder completar las encuestas a tiempo.

Sobre todo agradezco al Dr. Pedro Ángel Latorre Román por su paciencia, y dirección en el trabajo.

A las universidades, organizaciones, y especialmente a los participantes de las encuestas muchas gracias por su colaboración.

Abreviaturas

AF	Actividad física
BSQ	<i>Body Shape Questionnaire</i>
CDC	Center for Disease Control and Prevention
CV	Calidad de vida
CVRS	Calidad de vida relacionada a la salud
DT	Desviación típica
IC	Imagen corporal
IMC	Índice de Masa Corporal
IN	Instituto Nacional de Estadística
IPAQ	<i>International Physical Activity Questionnaire</i>
IsC	Insatisfacción corporal
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SF-36	<i>Healthy Short-Form 36</i>
WHO	World Health Organization

Índice

Planteamiento del Problema	9
1. Introducción	10
1.1 Calidad de Vida	13
1.2 Hábitos de Vida:	17
1.2.1 Alcoholismo	20
1.2.2 Tabaquismo	24
1.3 Actividad Física y Sedentarismo	28
1.4 Sobrepeso y Obesidad	39
1.5 Imagen Corporal	45
2. Objetivos:	50
2.1 General	50
2.2 Específicos	50
3. Método	51
3.1 Participantes	51
3.2 Materiales e Instrumentos	52
3.3 Análisis Estadístico	55
4. Resultados	56
5. Discusión	76

6. Conclusiones finales	85
7. Prospectivas de futuro	87
8. Referencias	88
9. Anexos	127

Resumen

El objetivo principal de esta Tesis ha sido describir el nivel de AF, el estado ponderal y la satisfacción con la IC en adultos latinoamericanos y españoles con estudios universitarios. En el estudio participaron 274 residentes españoles y latinoamericanos, 124 hombres, 150 mujeres; 140 latinoamericanos (edad = 30.26 ± 7.97 años) y 134 españoles (edad = 28.54 ± 8.92 años). Para analizar la AF se utilizó la versión corta del International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Para analizar la IC se empleó el Body Shape Questionnaire (BSQ). Los resultados muestran que los españoles presentaron mayores niveles de AF, menor prevalencia de sobrepeso y obesidad aunque peor satisfacción con la IC.

Abstract

The main objective of this Thesis has been to describe the level of PA, weight status and satisfaction with body image in Latin American and Spanish adults with university studies. 274 residents from Different Latin American countries and Spain: 124 men, 150 women; 140 Latin Americans (age= 30.26 ± 7.97 years) and 134 Spaniards (age= 28.54 ± 8.92 years). The short version of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) was used to analyze the PA. The Body Shape Questionnaire (BSQ) was used to analyze the BI. The results show that the Spanish presented a higher level of intense PA, lower prevalence of overweight and obesity and lower satisfaction with body shape in relation to Latin America population.

Planteamiento del Problema

El presente estudio plantea analizar el nivel de AF, el estado ponderal y el grado de satisfacción con respecto a la IC presentado por personas con estudios universitarios de países latinoamericanos y España. Se evaluarán las relaciones entre las tres variables mencionadas y se analizará cada una con respecto al país de origen (América Latina y España) y el sexo (hombres y mujeres) para determinar si existen diferencias significativas. Se plantea descubrir que actitudes existen en las personas de los mencionados grupos frente a su estado ponderal y su IC y si prevalecen los hábitos beneficiosos para la calidad de vida (CV) como por ejemplo la AF, o los hábitos perjudiciales como el sedentarismo, el consumo de tabaco y alcohol; todo ello teniendo en cuenta una población singular debido al alto nivel académico. Si se considerara necesario, basado en los resultados obtenidos, se propondrán posibles soluciones futuras.

1. Introducción

En este estudio, se analiza el nivel de AF, el estado ponderal y el grado de satisfacción con respecto a la IC de adultos con estudios universitarios de España y América Latina. El primer elemento del estudio es la AF y su relación con la salud. El segundo elemento es el estado ponderal y se plantea la gran preocupación que va en aumento a nivel mundial con respecto al sobrepeso y la obesidad. El tercer elemento del estudio es la IC considerando si ésta tiene alguna influencia en la salud de las personas.

La AF juega un papel importante en la CV de las personas. La AF se relaciona al concepto de salud y CV como una intervención que permite mejorar el nivel de satisfacción de las necesidades individuales (González-Gross y Meléndez, 2013). La práctica regular de ejercicio se asocia con beneficios para la salud como la prevención o la reducción del sobrepeso, control de la presión arterial, prevención de la depresión y disminución del riesgo cardiovascular (Sánchez, Vizuite, Camino y Ortega, 2015, Hanson y Jones 2015).

En el año 2012 menos del 50% de la población a nivel mundial cumplía con las recomendaciones de realizar por lo menos 150 minutos de AF moderada por semana. En los países Latinoamericanos, el 43% de la población es inactiva. (Hallal et al., 2012). Existen estudios que muestran que los niveles de AF varían entre los países (Vidarte-Claros, Vélez-Álvarez, Sandoval-Cuellar y Alfonso-Mora, 2011).

En la tabla 1 se pueden observar los diferentes niveles de prevalencia de AF entre los países participantes de nuestro estudio.

Tabla 1. Prevalencia de AF en países participantes.

País	Hombres	Mujeres	Ambos
Argentina	64.2%	57.3%	60.8%
Bolivia	*	*	*
Chile	82.2%	75.1%	78.7%
Colombia	45.7%	27.1%	36.4%
Costa Rica	63.0%**	37.0%**	49.0%**
Ecuador	80.4%	69.2%	74.8%
España	72.8%	66.3%	69.5%
Honduras	*	*	*
Méjico	79.7%	68.2%	74.0%
Perú	*	*	*
República Dominicana	68.5%	59.7%	64.1%
Uruguay	73.8%	62.7%	68.3%
Venezuela	38.0%**	17.0%**	22.0%**

Fuente: WHO - Global Health Observatory Data Repository – 2015. Datos del 2010.

Nota: * Significa datos no disponibles

Nota: ** Global Observatory for Physical Activity – 2013

Uno de los beneficios de la práctica de AF es que ayuda a bajar de peso a los individuos con sobrepeso, y como resultado puede mejorar la salud. Los individuos que practican AF tienden a vivir más y la AF puede también ayudar a controlar su peso (CDC, 2014a). La Organización Mundial de Salud (OMS) considera la AF como un factor que interviene en el estado de la salud de las personas; y la define como uno de los principales elementos en la prevención de la obesidad (OMS, 2016a).

Existe evidencia que muestra que las personas que son inactivas físicamente, tienen mayor probabilidad de presentar obesidad y a su vez las personas que realizan mayor AF tienen menor probabilidad de ser obesos (Leroux, Moore, Richard y Gauvin, 2012). Una de las estrategias para tratar de promover la salud y CV es la práctica de AF. Uno de los países que ha respondido a esta estrategia es Costa Rica. En el esfuerzo de promover la AF, surge en Costa Rica la Red Costarricense de AF y Salud (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2014).

En relación con la baja prevalencia de AF, la obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas y es una preocupación muy grave en el siglo XXI. La obesidad debe ser considerada una amenaza muy grave para la salud del individuo por las consecuencias que produce y el mayor riesgo de mortalidad que causa. Otra preocupación es que la obesidad no respeta la edad (Ríos et al., 2012, OMS, 2014). El sobrepeso y la obesidad se reconoce actualmente como uno de los desafíos más importantes de la salud pública en el mundo debido a su magnitud, la rapidez de su aumento y el efecto negativo que ejerce sobre la salud de la población que la padece. El sobrepeso y la obesidad reducen la CV (Hussain y Bloom, 2011). En este sentido, Ávalos, Reynoso, Colunga, Oropeza y González (2014) como también Rodríguez, De la Cruz, Feu y Martínez (2012), presentan a la obesidad como un peligro no solo para la salud pero también para la CV. La obesidad se ha convertido en una de las enfermedades más extendidas en el siglo XXI por lo tanto se debería promover la salud

mediante la disminución de hábitos sedentarios (Sánchez-Cruz, Jiménez-Moleón, Fernández-Quesada y Sánchez, 2013).

1. 1 Calidad de vida

Existe cierto grado de dificultad al intentar llegar a una única definición de CV. Al considerar la CV se está refiriendo a un concepto que hace alusión a varios niveles de generalidad, desde el bienestar social hasta ciertos aspectos de carácter individual o grupal. La CV tiene diferentes definiciones desde los aspectos filosóficos y políticos hasta los relacionados con la salud (Funes, 2013).

Molina, Lemos y Uribe (2012) consideran que en la búsqueda de un concepto integrador que defina la CV, es necesario incluir factores biológicos y psicológicos debido al concepto integrador de la complejidad humana. El concepto CV ha sido importante para el desarrollo de la ciencia y la intervención social. El uso frecuente en diferentes disciplinas como la economía, la sociología, la salud y el marketing, ha hecho que sea uno de los temas más importantes del siglo XXI (Juárez y Contreras, 2012; Moyano, 2010). También este interés por la CV es acompañado por un interés desde las políticas públicas nacionales y mundiales transformando a la CV en un importante indicador del desarrollo social (Land, Michalos y Sirgy, 2012).

Desde los años 60 el tema de la CV ha sido estudiado postulando una evaluación diferente a la tradicional al proponer medir variables no patológicas, y asociarla a la percepción de satisfacción o bienestar (Urzúa y Caqueo, 2012), sin embargo no se ha llegado a una definición aprobada en general partiendo de la evaluación del individuo frente a su vida, la influencia de variables sociales y psicológicas, el sistema de valores y la cultura del individuo, las metas personales, expectativas, niveles de vida y preocupaciones de una persona o llegando a definiciones más complejas que implican la habilidad como calidad del

entorno, la aptitud para la vida como calidad de acción y la plenitud como calidad de resultado (Vinaccia y Quiceno, 2012).

Varios autores llegan a indicar que la CV estima la relación que existe entre elementos netamente objetivos (condiciones materiales y nivel de vida) y subjetivos (condiciones de bienestar, satisfacción, expectativas y felicidad) (Ardila, 2003; Núñez et al., 2010; Amador et al., 2005). Aproximaciones que van más allá del análisis y las revisiones literarias indican que a pesar de la variación entre ellas, la mayoría de las definiciones indican que la CV es una evaluación subjetiva, multidimensional, que incluye sentimientos positivos y negativos y que es variable en el tiempo (Urzúa y Caqueo, 2012).

La CV comprende una combinación de componentes objetivos y subjetivos donde el común denominador es el bienestar del individuo. Los componentes objetivos pueden agruparse en 5 áreas principales: bienestar físico (salud, seguridad física); bienestar material (alimentos, vivienda, transporte, posesiones); bienestar social (familia, amistades, comunidad); desarrollo y actividad (educación, productividad, contribución) y bienestar emocional (autoestima, religión, relación con los demás). Hay que tener presente que la reacción o respuesta a cada una de estas áreas es subjetiva y por lo tanto varía de acuerdo a la percepción desarrollada por cada uno de nosotros siendo que cada individuo ha recibido el influjo de distintos factores sociales, culturales, y que cada individuo por el hecho de pertenecer a diferentes grupos de edad, diferentes situaciones de empleo, es decir cada individuo ha recibido influencias distintas en su formación como persona, haciéndonos individuos únicos por lo tanto nuestras reacciones son diferentes ante las cinco áreas principales de la CV (Funes, 2013).

El Grupo de Calidad de Vida de la World Health Organization (WHOQOL), define la CV como:

La percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores, que él vive en relación a sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones.

Es un concepto amplio influido por la salud física de la persona, su estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y su relación con los elementos esenciales de su entorno (WHOQOL, 1995). Al evaluar la CV en áreas específicas de la vida de las personas, surge el desarrollo de un concepto secundario, el de la CV relacionada con la salud (CVRS). Este concepto secundario lo utilizamos al referirnos al nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de distintos dominios de su vida, teniendo en cuenta el impacto que en éstos tiene su estado de salud (Urzúa, 2010).

La intención de cuantificar las consecuencias de una enfermedad y sus tratamientos, de acuerdo con la percepción que los individuos tienen sobre su capacidad para tener una vida útil y para desarrollar sus capacidades es representada por la CVRS. (De Queiroz, Pace y Santos, 2009).

El concepto de CVRS ha ido evolucionando en los últimos 30 años generando el desarrollo, diseño y validación en distintos idiomas de varios instrumentos generales y específicos para poder evaluar la CVRS (Badía, Salamero y Alonso, 2002). En el comienzo, este concepto enfatizaba la función física y el tratamiento de la enfermedad (Padilla, 2005; Taylor, 2007). Gracias al avance de la ciencia el concepto hoy en día se ha expandido, es multidimensional y se refiere al impacto que la enfermedad o los tratamientos tienen sobre la CV de un individuo (Schwartzmann, 2003). Otros han definido la CVRS como la evaluación que realiza una persona con respecto a su salud y a su grado de funcionamiento en la realización de las actividades cotidianas, lo que incluye, entre otras, la función física, psicológica y social, la percepción general de la salud, la movilidad y el bienestar emocional, por tanto, la CVRS se ha convertido en un concepto fundamental para predecir posibles

enfermedades y evaluar la eficacia de los tratamientos (Pérez et al., 2011). Se está utilizando la medida de la CVRS para evaluar la repercusión e impacto sobre la vida cotidiana de los pacientes producidos por la enfermedad, lo que aporta al simple diagnóstico de la enfermedad información adicional de gran relevancia (Pulgar, Alcalá y Reyes del Paso, 2015).

Hay múltiples estudios que relacionan los hábitos de salud con la longevidad y la mejora de la CV. Muñoz y Ibáñez (2015) señalan de la relación entre el desarrollo de la AF y la buena alimentación para aumentar la longevidad y mejorar la CV. En el estudio de López, Fernández-Ballesteros, Urda y Collazos (2013), se destaca la importancia del estado nutricional de los primeros años, la adolescencia y juventud sobre el envejecimiento activo. Según Zaplana y González (2013) la mejor forma de favorecer la CV es una alimentación saludable. El estudio de Ríos, Peña y Prieto (2016) señala que hoy se cree que la alimentación es uno de los factores de mayor influencia en la salud, la CV y la longevidad. La adopción, desde una edad temprana, de un estilo de vida saludable, práctica de AF adecuada y sostenida pueden ayudar a garantizar un envejecimiento satisfactorio conservando la CV (Cabrera y Hernández, 2016). En este sentido, la OMS (2015a) indica que el mantenimiento de hábitos saludables a lo largo de la vida, en particular llevar una dieta equilibrada, realizar AF frecuente y abstenerse de fumar contribuye a mejorar las facultades físicas y mentales y a reducir el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles. Es importante mantener esos hábitos toda la vida porque son esenciales para mantener una óptima CVRS. Algunos de estos hábitos saludables son:

1. Un desayuno balanceado.
2. Comer en horarios regulares.
3. Comer moderadamente incluyendo verduras, granos, proteínas y frutas.
4. Dormir por lo menos 8 horas por noche.
5. No beber alcohol.

6. No fumar.
7. Hacer ejercicio físico moderadamente.

1.2 Hábitos de Vida

El informe Lalonde en la década de 1970, enfatizó la necesidad de evolucionar la intervención estatal sencillamente asistencial, y que los gobiernos habrían de preocuparse por intervenir en los elementos que ponen en riesgo la CV de la población. Tema que luego fue enfatizado nuevamente en la Carta de Ottawa en 1986. El asunto fue profundizado además en la IV Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, realizada en Yakarta, Indonesia, en 1997, donde se discutió sobre la necesidad de incrementar la toma de conciencia sobre los buenos estilos y hábitos de vida (WHO, 1997).

Siguiendo las recomendación de la IV Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud para el siglo XXI e interés de promover hábitos y estilos de vida saludable, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia implementa acciones para el fomento de AF, alimentación saludable y el control de tabaco buscando de esta manera promover hábitos de vida que conducen a una vida saludable reduciendo riesgo de obesidad y enfermedades no transmisibles (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Entre los hábitos de vida, se calcula que el consumo de alcohol y el tabaco son las causas de aproximadamente el 16% de las muertes por año (OMS, 2015b; OMS, 2016b). Rodríguez-Gazquez, Pineda y Vélez (2010) mencionan al tabaco como la mayor causa prevenible de muerte, lamentablemente su consumo está creciendo y a menos que los gobiernos tomen acciones urgentes, el número de fumadores continuará incrementándose. En España un estudio identificó un elevado consumo de alcohol (93,9%) y consumo de tabaco (63,9%) entre la población estudiantil (Tortajada, Valderrama, Castellano, Llorens, Agullo, Herzog et al., 2008).

Debido a las consecuencias para la salud y los riesgos que provocan, el tabaco y alcohol representan un problema de salud pública. Son las sustancias psicoactivas con más alta prevalencia y trascendencia social a nivel mundial. Las afecciones, lesiones y accidentes que causan se ubican entre las primeras causas de enfermedad, invalidez y muerte prematura. La adicción a estas drogas y sus consecuencias, afectan significativamente la vida de las personas, provocan sufrimiento en la familia y producen múltiples pérdidas y gastos a nivel de la comunidad (Barroso, Méndez y Barbosa, 2009; Telumbre-Terrero y Sánchez-Jaimes, 2015a). El uso de tabaco y bebidas alcohólicas forma parte de la vida cotidiana, como acto consolidado dentro de las costumbres sociales en la mayoría de los países latinoamericanos. Además existe tolerancia para el consumo peligroso de alcohol, principalmente en relación a situaciones de fiesta y diversión (Telumbre-Terrero y Sánchez-Jaimes, 2015b).

En el año 2013 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España por medio de la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN) y la Fundación Alimentum firmaron un convenio de colaboración para el desarrollo del Plan de Fomento de Hábitos de Vida Saludables (HAVISA) en la Población Española. Parte del plan consiste en mensajes de deportistas élite, con mensajes cortos y directos:

- Alimentación equilibrada y ejercicio físico.
- El deporte promueve valores.
- Realiza AF a diario.
- El sedentarismo es considerado una de las causas de mortalidad del mundo.
- La AF promueve la salud y mejora la CV.
- Hábitos de vida saludables adquiridos desde la niñez tienen más probabilidad de durar toda la vida.
- Camina a un buen ritmo.

- Todos los nutrientes son necesarios para nuestro organismo, coma variado y equilibrado.
- La vida activa promueve la agilidad mental.
- Comer más frutas y verduras.
- 75% de la CV depende de nuestros hábitos, come moderado, variado y muévete.
- La AF está al alcance de todos.
- Desayuna todos los días.
- Camina 30 minutos por día.

El gobierno mejicano por medio de la Secretaría de Salud y su Dirección General de Promoción de la Salud en marzo de 2012 lanzó una campaña enfocada en la promoción de los buenos hábitos de la gente saludable. Implementar hábitos de vida saludables requiere un cambio sencillo, solo es cuestión de voluntad. Estos buenos hábitos están pensados para todas aquellas personas que buscan mejorar su estilo de vida, y para los que tengan deseos de desprenderse de hábitos que perjudican la salud. Para llegar a tener una mejor CV como resultado de ejercitar buenos hábitos de vida, la Secretaría de Salud Mexicana presenta los siguientes pasos:

1. *Alimentación sana y balanceada*: consumir regularmente alimentos con baja densidad energética, un bajo contenido de grasa animal y sales, además de llevar una dieta balanceada.
2. *Mantenimiento corporal*: cuidar la higiene personal, cepillarnos los dientes, lavarnos las manos frecuentemente.
3. *Actividad física*: se recomienda realizar al menos 30 minutos de AF cuatro o cinco veces a la semana.
4. *Esquema de vacunación vigente*: crear una conciencia de vacunación.

5. *Dejar de fumar*: procuremos dejar de fumar, si no es posible intentar hacerlo en lugares abiertos y siempre lejos de mujeres embarazadas y niños.
6. *Moderar el consumo de bebidas alcohólicas*: si consumimos bebidas alcohólicas fomentar un consumo moderado y responsable.
7. *No a las drogas*: evitar el consumo de drogas ilegales.
8. *Salud sexual*: si llevamos una vida sexual activa, debemos hacerlo con responsabilidad, el conocimiento y el fomento de una cultura anticonceptiva bien informada son esenciales.
9. *Vialidad segura*: cuando caminamos es importante respetar los lugares habilitados para cruzar la calle, así como también respetar las señales de tránsito.
10. *Piensa saludable*: factores psicosociales como la familia, el trabajo, la escuela son de vital importancia para poder desarrollarnos saludablemente.
11. *No auto-medicarnos*: es importante evitar auto-medicarnos, acudir al médico cuando padezcamos de alguna enfermedad.

1.2.1 Hábitos de vida - Alcoholismo

El consumo de alcohol trae consecuencias negativas para el ser humano en los aspectos biológico, físico y psicológico (Rehm, Mathers, Popova, Thavornchoensap, Teerawattananon y Patra, 2009). El consumo diario de alcohol, se considera como un factor de riesgo de sobrepeso y obesidad, siendo esta relación modificada por el esquema de consumo y la clase de bebida (Romeo, González-Gross, Wörnber, Díaz y Marcos, 2007).

En el año 2015, el consumo de alcohol fue el responsable directo de la muerte de 3,3 millones de personas en el mundo, de los cuales cerca de 300.000 eran de las Américas. El consumo de alcohol provoca más de 200 enfermedades y lesiones, incluyendo la cirrosis

hepática y algunos tipos de cáncer. Los bebedores de alcohol también son más susceptibles a las enfermedades infecciosas y sus organismos responden menos al tratamiento de dichas enfermedades. Lamentablemente una cultura de abuso del consumo de alcohol se ha instituido en Latinoamérica, así como también en España, en realidad se puede decir que el consumo de alcohol se ha extendido en el mundo entero y está convirtiéndose en un grave problema de salud que perjudica la CV de los seres humanos que están afectados por este hábito. Si hablamos en números, en América Latina y el Caribe, las personas consumen en promedio 8,4 litros de alcohol por año, lo que constituye 2,2 litros más que el promedio mundial (OMS, 2015b)

El gobierno Español por medio del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) en su informe del 2016 reveló que en el año 2013 las drogas con mayor prevalencia de consumo fueron el alcohol (78%), el tabaco (41%) y los hipnosedantes (12%), seguidos del cannabis (9%) y la cocaína (2%). Además se registró que los 17 años es la edad más precoz para el inicio del consumo de bebidas alcohólicas. En cuanto a las diferencias según el sexo, en el año 2013, los datos confirman un mayor consumo entre los hombres. El mismo informe revela que el alcohol sigue siendo la sustancia psicoactiva más consumida en España. El 78% de la población española ha consumido alcohol en los últimos 12 meses, el 64% en los últimos 30 días y el 10% diariamente. La prevalencia de consumo de alcohol mantiene una tendencia estable y en niveles altos desde la década de los noventa.

Se estima que en España 1.600.000 personas de 15 a 64 años de edad (1.300.000 hombres y 300.000 mujeres) tienen un consumo de alcohol de riesgo ($AUDIT \geq 8$), lo que representa el 5% de la población entre los 15 a 64 años de edad y el 6,5% entre aquellos que han consumido en el último año. Este patrón de consumo se concentra en los hombres menores de 25 años, situándose en el 12% en la población de este rango de edad (OEDT, 2016).

El consumo de alcohol en Latinoamérica no ha aumentado en los últimos años, “algo está cambiando, nunca hubo una fuerte cultura de consumo en la región, pero el desarrollo económico y nuevos valores importados de la globalización están haciendo que el consumo excesivo y abrupto (*de alcohol*) sea una tendencia (Monteiro, entrevista BBC, 24 de julio de 2015)”. La industria de productos alcohólicos también ha crecido, hay nuevos productos, el marketing está orientado hacia todas las edades como también hacia todas las culturas, el mercado ha avanzado gracias a la tecnología. “El alcohol llega a todas partes, se han mejorado las cadenas de distribución, hay más establecimientos y oferta y tampoco es desdeñable la presión que la industria sabe ejercer sobre los gobiernos para que los precios del alcohol estén bajos y no haya regulaciones (Monteiro, entrevista BBC, 24 de julio de 2015)”.

En relación a los consumos intensivos, en el 2016, el 19% de los españoles de 15 a 64 años se encontraron en esta categoría; tendencia estable en los últimos años, aunque sigue en niveles elevados. Los consumidores intensos se concentran entre los 15 y 34 años: de este grupo, 2 de cada 5 hombres y 1 de cada 5 mujeres se han emborrachado alguna vez en los últimos 12 meses (OEDT, 2016).

El consumo en exceso de alcohol durante un corto periodo de tiempo (*binge drinking*) ha ganado popularidad a lo largo de los años y, aunque en 2013 la prevalencia se mantiene estable respecto a 2011, se ha triplicado en una década. El 15,5% ha consumido alcohol en forma de *binge drinking* en 2016. Este patrón de consumo excesivo e intensivo se concentra en el grupo de jóvenes de 20 a 29 años (OEDT, 2016).

El consumo de alcohol está aumentando en los últimos años en Méjico indistintamente del sexo, caracterizado por un alto consumo en un periodo corto de tiempo, al menos cinco copas por velada, en los casos graves, a diario, sobre todo en adolescentes. La edad de inicio

es entre los 13 y 14 años de edad, lo más alarmante, es que el 64% de los adolescentes cree que beber es normal a pesar de ser ilegal su consumo para los menores de 18 años en Méjico (Villarreal-González, Sánchez-Sosa, Musltu y Varela, 2010).

En las Américas, el consumo de alcohol per cápita en personas mayores de 15 años disminuyó de 9,2 litros en el 2005 a 8,4 litros en el 2010. En Europa ha sucedido lo contrario. El consumo de alcohol per cápita en personas mayores de 15 años aumentó de 9,1 litros en el 2005 a 10,9 litros en el 2010, siendo la región con más consumo del mundo (OMS, 2016c).

Los datos de la OMS (2015c) del consumo anual per cápita de alcohol correspondientes a los países que han formado parte del estudio son los siguientes:

- España: 11,2 litros per cápita
- Chile: 9,6 litros de alcohol puro.
- Argentina: 9,3 litros per cápita.
- Venezuela: 8,9 litros per cápita.
- Perú: 8,1 litros per cápita.
- Uruguay: 7,8 litros per cápita.
- Ecuador: 7,2 litros per cápita.
- Méjico: 7,2 litros per cápita.
- República Dominicana: 6,9 litros per cápita.
- Colombia: 6,2 litros per cápita.
- Bolivia: 5,9 litros per cápita.
- Costa Rica: 5,4 litros per cápita.
- Honduras: 4,0 litros per cápita.

Desarrollar estrategias de promoción de la salud para aumentar el ejercicio físico y disminuir el consumo de alcohol requieren el conocimiento de los factores que influyen sobre estos aspectos (Lozano, Gómez-Dantes, Garrido-Latorre, Jiménez-Corona, Campuzano-Rincón, Franco-Marina et al., 2013). El ejercicio físico ha sido utilizado a veces como una opción para reducir la probabilidad de consumir sustancias tóxicas: facilitando lugares de encuentro, ayudando en las relaciones sociales, proporcionando un entorno apropiado para establecer hábitos de vida saludable (Ruiz, De la Cruz, Ruiz-Risueño y García, 2008). Lamentablemente, los resultados de los esfuerzos por informar a la población de la importancia del ejercicio físico, así como para reducir las prevalencias de consumo de alcohol no han resultado tan satisfactorias (Vaquero-Cristóbal, Isorna y Ruiz, 2012).

El trastorno por consumo de alcohol cada vez se está volviendo más común en la sociedad. Las personas están acostumbrándose a este estilo de vida y pocas personas buscan tratamiento. Los hallazgos de un estudio (Grant, Goldstein, Saha, Chou, et al., 2015) destacan la necesidad de educar mejor a las personas sobre los problemas con la bebida y su tratamiento. Es difícil cuantificar los efectos que el consumo abusivo de alcohol supone para la salud de la población y para la sociedad, ya que para poder ayudar a la población es necesario plantearse instaurar actitudes preventivas tempranas en la población joven para obtener posterior repercusión en la salud pública y la sociedad (Ruiz-Flores, Vicente, Torres y López, 2014).

1.2.2 Hábitos de vida - Tabaquismo

La Secretaría de Salud mexicana por medio del Consejo Nacional Contra la Adicción (CONADIC) condujo un estudio en el cual estiman que existen aproximadamente unos 27 millones de personas que han fumado por lo menos una vez en su vida. Los adolescentes adquieren malos hábitos de vida como el consumo de tabaco y alcohol en forma progresiva y

con predisposición a aumentar, ya que el inicio del consumo ocurre antes de los 18 años (CONADIC, 2009).

La prevalencia de tabaquismo en las Américas es de 17,1%. La prevalencia del tabaquismo en adultos varía entre los distintos países de Latinoamérica. Chile es el país con mayor prevalencia, aproximadamente 40%, y Panamá es el país con menor prevalencia, cerca de 7% (OMS, 2015).

Según Barreto et al. (2012), las tasas de tabaquismo están disminuyendo en Latinoamérica, pero a pesar de esto el consumo de tabaco continua siendo una preocupación debido a la falta de implementación de acciones destinadas a la prevención y el control en algunos países de las Américas. La prevalencia del tabaquismo en las mujeres de Sudamérica es del 30%, mientras que en Centroamérica es del 4%. La prevalencia del tabaquismo en los hombres es mayor que en las mujeres en términos generales. La prevalencia del tabaquismo en los hombres de Sudamérica es del 44%, mientras que en los hombres de Centroamérica es del 18%.

En la tabla 2 se observan los valores publicados por la OMS (2015) relacionados con la prevalencia del tabaquismo en los países que han formado parte del estudio.

Tabla 2. Prevalencia de fumadores en personas de 15 años y mayores.

País	Total	Hombres	Mujeres
Argentina	22,1%	29,4%	15,6%
Bolivia	14,8%	21,9%	9,1%
Chile	34,0%	37,0%	31,0%
Colombia	13,0%	18,8%	7,4%
Costa Rica	13,4%	18,0%	8,6%
Ecuador	16,3%	34,1%	4,3%
España	27,0%	31,4%	22,8%
Honduras	*	24,6%	*
Méjico	19,9%	31,0%	9,9%
Perú	13,3%	19,7%	7,8%
República Dominicana	*	13,0%	16,7%
Uruguay	25,0%	30,7%	19,8%
Venezuela	21,5%	28,9%	14,4%

Fuente: Informes estadísticos de la Organización Mundial de Salud (OMS) 2015.

Nota: El símbolo * significa datos no disponibles.

En Méjico el 14,9% de los adolescentes confirman haber probado el cigarrillo alguna vez en su vida, la curiosidad (68.6%) y la convivencia con fumadores (24,1%) fueron las principales razones por haber probado el cigarrillo. En relación con la prevalencia del empleo de tabaco a nivel nacional, cerca de 13 millones de mejicanos habían fumado más de 100 cigarrillos en su vida, de estos 13 millones, el 2,5% son adolescentes (Encuesta Nacional de Adicciones, 2011).

El 73% de la población Española de 15 a 64 años ha consumido tabaco alguna vez, el 41% en el último año, el 38% en el último mes y el 31% diariamente durante el último mes. Desde el año 2007 se observa cierta estabilización (entre 30% y 31%) en el porcentaje de

fumadores diarios, si bien las cifras son inferiores a las registradas antes del 2005 (entre 34% y 37%), descenso en parte relacionado con el debate social y la posterior implementación de la Ley 28/2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y de regulación de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos de tabaco (OEDT, 2016).

El tabaquismo es una de las principales causas prevenibles de muerte en el mundo. Más de cinco millones de muertes cada año son atribuidas al consumo del cigarrillo. La expectativa es que para el año 2025 este número aumentará a 10 millones. En toda América se estima que el tabaquismo es responsable de más de un millón de muertes por año. El tabaquismo está creciendo, sobre todo entre la poblaciones más pobres, las mujeres y los jóvenes (Pichon-Riviere et al., 2013). Si los consumidores de tabaco del mundo redujeran el consumo de esta sustancia, se salvarían millones de vidas y se revertiría la epidemia del tabaquismo (OPS, 2010).

En la tabla 3 se observan los valores publicados por The Tobacco Atlas (2015) relacionados con la mortalidad por consumo de tabaco en el año 2010 en los países que han formado parte del estudio.

Tabla 3. Mortalidad por consumo de tabaco en el año 2010.

País	Hombres	Mujeres
Argentina	17.8%	9.7%
Bolivia	8.7%	7.4%
Chile	13.0%	9.0%
Colombia	13.0%	10.7%
Costa Rica	9.1%	6.4%
Ecuador	6.9%	4.6%
España	22.9%	4.3%
Honduras	9.0%	5.9%
Méjico	10.1%	5.4%
Perú	5.1%	4.7%
Republica Dominicana	12.4%	11.1%
Uruguay	22.9%	6.8%
Venezuela	10.9%	10.1%

Fuente: The Tobacco Atlas 2015.

1.3 Actividad Física y Sedentarismo

Se conocen bien los beneficios de un estilo de vida activo. Estos incluyen un menor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, obesidad, insulinoresistencia y ciertos tipos de cáncer como el de colon y el de mama. Además, ha sido demostrado que la AF reduce el riesgo de obesidad y se asocia con la salud mental, el bienestar emocional y una mayor longevidad (Ferreira de Moraes, Guerra y Menezes, 2013; De Abajo y Márquez, 2010).

La satisfacción con el estado de salud, las relaciones sociales, la satisfacción de las necesidades básicas, las habilidades personales, la auto edificación y el ocio activo son importantes en la predicción psicosocial del bienestar en la etapa adulta. (Godoy-Izquierda et al., 2012). Considerando la importancia de estas variables, se postula a la práctica de AF como un importante elemento en la evaluación del bienestar en los mayores y en el diseño de intervenciones para su incremento (Pawłowski, Downward y Rasciute, 2011).

Se ha relacionado a la práctica de AF con una mayor CV (Bohórquez, Lorenzo y García, 2013), por lo que mayor CV corresponde a personas con elevados niveles de práctica de AF (Jürgens, 2006)

La OMS en su documento: *Recomendaciones Mundiales sobre la Actividad Física para la Salud (2010)*, sostiene que la AF es la acción más importante que puede realizar el ser humano para mejorar su salud. Según el National Institute of Health (NIH), hoy en día se trata de motivar a los individuos a incorporar hábitos saludables que influyan positivamente en el desarrollo y mantenimiento de la CV. Uno de los hábitos saludables fundamentales y esenciales es la AF. Cuanta más AF realice, más se beneficiará la persona (NIH, 2013).

El Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos (United States Department of Health and Human Services) menciona en una publicación del año 2008 que por lo general el termino “AF” se refiere a los movimientos que benefician la salud. Siendo éstos los movimientos del cuerpo que trabajan los músculos y requieren más energía que estar en reposo. Caminar, correr, nadar, bailar, trabajar en la huerta o el jardín, levantar pesas, tomar clases de aeróbics y practicar un deporte de equipo son algunos ejemplos de AF. La OMS (2017) define el concepto de la AF de la siguiente manera:

Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. Ello incluye las actividades realizadas al trabajar, jugar y viajar, las tareas domésticas y las actividades recreativas.

Las recomendaciones de AF para personas adultas según la OMS (2010) son las siguientes:

De 18 a 64 años la AF consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos a pie o en bicicleta), actividades ocupacionales (es decir, trabajo), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias. Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y de reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles y depresión, se recomienda que: 1. Los adultos de 18 a 64 años deberían acumular un mínimo de 150 minutos semanales de AF aeróbica moderada, o bien 75 minutos de AF aeróbica vigorosa cada semana, o bien una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas. 2. La actividad aeróbica se practicará en sesiones de 10 minutos de duración, como mínimo. 3. Que, a fin de obtener aún mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo de edades aumenten hasta 300 minutos por semana la práctica de AF moderada aeróbica, o bien hasta 150 minutos semanales de AF intensa aeróbica, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa. 4. Dos veces o más por semana, realicen actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares.

La práctica de AF disminuye a medida que la persona envejece, esto se puede observar en la encuesta conducida por García-Ferrando (2001) acerca de los hábitos deportivos de los españoles. Esta disminución se nota más cuando los jóvenes superan los 18 años, coincide con el tiempo en la vida de los jóvenes en que generalmente dejan los estudios obligatorios

para introducirse en el mundo laboral o universitario. Al estar pasando por esta etapa, se produce una regresión de la práctica de AF al 18% y esta tendencia continua hasta llegar a solo el 13%, coincidiendo con el porcentaje de práctica de AF de jóvenes de 15 a 24 años de edad.

Según Rodríguez, De la Cruz, Feu y Martínez (2012), el sedentarismo es el resultado de llevar una vida inactiva o con muy poca AF. Morris, Heady, Raffle, Roberts y Parks (1953) relacionaron la inactividad física con la mortalidad como consecuencia de enfermedad cardiovascular al observar que los carteros de Londres tenían un 50% menos de enfermedades cardiovasculares que los conductores de autobús y los empleados de correo. Esta prueba científica es considerada la primera prueba del vínculo entre enfermedad y el sedentarismo (Mediavilla, 2014). Los estudios que siguieron al de Morris et al., corroboran la relación de la AF con la disminución de las enfermedades coronarias y la mortalidad cardiovascular. Por tanto, las personas con peor estado físico tienen mayor mortalidad por enfermedad cardiovascular (Kokkinos y Myers, 2010; Faselis et al., 2014).

La creciente importancia adjudicada a la AF en el marco de la salud, responde al creciente desarrollo de conductas sedentarias en la sociedad contemporánea (Molinero, Salguero, Castro-Piñero, Mora y Márquez, 2011). Estudios advierten que además de la atención a las recomendaciones generales respecto a la frecuencia, intensidad y duración en la realización de AF se debe reducir la cantidad de tiempo invertido en actividades sedentarias (Garber et al., 2011).

Los hábitos de vida sedentarios tienen repercusiones perjudiciales sobre nuestra salud, especialmente en la edad adulta. El sedentarismo provoca el doble de muertes que la obesidad (Dumith, Hallal, Reis y Kohl, 2011). La inactividad física causa 3,2 millones de muertes por año en el mundo siendo definida como el octavo factor contribuyente de las enfermedades

crónicas (WHO, 2009; Lee et al., 2012; Lim et al., 2012). Se atribuye más del 6% de las muertes mundiales a la inactividad física (Ekelund et al., 2015), colocándola en cuarto lugar de causa de mortalidad, solo la supera la hipertensión (13%), el consumo de tabaco (9%), y el exceso de glucosa en la sangre (6%). El sobrepeso y la obesidad representan un 6% de la mortalidad mundial (OMS, 2009). A pesar de la demostrada relación de los beneficios de la AF sobre la salud, entre el 60% y el 90% de la población mundial no es suficientemente activa (Cuesta Hernández y Calle Pascual, 2013; Curry y McNellis, 2015).

La inactividad física según Maestre-Miquel et al. (2015) no es el único factor de riesgo modificable de enfermedades, el sedentarismo también lo es. La inactividad física y el sedentarismo parecen similares pero son conductas distintas. Cristi-Montero et al. (2015) definen las conductas sedentarias como la falta de movimiento durante el día o actividades físicas donde el gasto energético sobrepasa levemente el basal. Mientras que la inactividad física se refiere a la falta del cumplimiento de las recomendaciones mínimas internacionales de AF.

Una de las observaciones relacionadas con el sedentarismo concluye que “el tiempo de sedentarismo prolongado, independiente de la AF, se asocia positivamente con diversos resultados nocivos para la salud”. Específicamente, diabetes tipo 2, cáncer y enfermedades cardiovasculares (Biswas et al., 2015).

Entre los resultados nocivos más destacados encontramos la obesidad, la diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares (principalmente apoplejía y patología de las arterias coronarias), la demencia, el cáncer de mama y el cáncer de colon (Pedersen, 2011; Pedersen y Saltin, 2015). Coinciden en la asociación estadísticamente significativa de sedentarismo con cáncer de mama (Zhou, Zhao, y Peng, 2015), con cáncer de colon (Cong et al., 2014), con cáncer de endometrio y con cáncer de pulmón (Schmid y Leitzmann, 2014) y con cáncer de

próstata (Morote et al., 2014). El riesgo de diabetes tipo 2 para una persona con comportamiento sedentario aumenta un 112% (Hamilton, Hamilton y Zderic, 2014). Además, el sedentarismo puede agravar el grado de atrofia y debilidad en personas con parálisis cerebral (Peterson, Gordon y Hurvitz, 2013).

El sedentarismo es un problema grave en la población chilena. La encuesta sobre el hábito de AF y deportes en la población mayor de 18 años realizada por el Ministerio del Deporte manifiesta que un 68,2% de la población no practica AF, condición mayor en las mujeres que en los hombres, un 12% realiza AF una o dos veces por semana, y solo un 9,7% hace ejercicio durante 30 minutos al menos tres veces por semana. La misma encuesta manifestó que el 80,1% de la población chilena es sedentaria (Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deportes, 2016).

Investigadores de la Universidad de Brunel en Londres, como también estudios realizados en Australia, encontraron que las alteraciones en los lípidos y los riesgos cardiovasculares son similares entre las personas obesas y los delgados que no realizan ejercicio. El sedentarismo como factor de riesgo aumenta en un 300% la posibilidad de un accidente cardiovascular, en 160% la posibilidad de desarrollar diabetes mellitus, en 70% la posibilidad de cáncer de colon y en un 60% la posibilidad de cáncer de mama (HDO Salud, 2017).

Por tanto las consecuencias más importantes para los individuos que llevan una vida sedentaria son la obesidad y el sobrepeso que lleva a tener una vida menos saludable (Hall-López, Ochoa-Martínez y Alarcón-Meza, 2012; Zamora y Lacle, 2012). La inactividad física y el sedentarismo tienen consecuencias para la salud, no solamente en el área física, sino también mental. Los procesos cognitivos como la memoria, la atención y depresión son afectados por las actitudes hipocinéticas (Padrón-Cabo y Romo-Pérez, 2012).

Los beneficios de la AF sobre la salud y los perjuicios que conlleva el sedentarismo, están ampliamente demostrados en la literatura científica, considerándose el ejercicio físico como una terapia antienviejamiento (Blain, Vuillemin, Blain, y Jeandel, 2000; Castillo, Ortega, y Ruiz, 2005; Varo, Martínez, y Martínez-González, 2003). La AF regular por mucho tiempo ha sido considerada como un elemento esencial del estilo de vida saludable. Estudios epidemiológicos han demostrado que la AF es defensa contra la mortalidad prematura, y que las personas que están físicamente activas viven más tiempo que las personas sedentarias. También influye positivamente en la salud física y psicosocial en todas las fases del ciclo de vida como también ayuda a mejorar la CV para las personas de todas las edades (Kamarudin y Omar-Fauzee, 2007). Los motivos que aparecen más frecuentemente para realizar AF son: mejorar la salud, bajar de peso, la diversión, la realización de ejercicio físico, y estar con los amigos (Isorna, Rial y Vaquero-Cristóbal, 2014; Jiménez-Torres, Gody-Izquierdo y Gody, 2012; Martínez et al., 2012; Cambroner, Blasco, Chiner y Lucas-Cuevas, 2015; García y Liopis, 2011; Macarro, Martínez y Torres, 2012).

A modo de síntesis, los beneficios de la AF son: a) control de peso; b) reducción de las enfermedades cardiovasculares; c) reducción del riesgo de padecer diabetes tipo 2; d) reducción del riesgo de algunos cánceres; e) fortalece los músculos y huesos; f) mejora la salud mental y el estado de ánimo; g) aumenta la probabilidad de la longevidad; h) reduce riesgo de hipertensión; i) reduce el riesgo de accidentes cerebrovasculares; j) regular el peso corporal; k) desarrollar habilidades físicas; l) mejorar la propia apariencia; m) facilitar el bienestar y n) relacionarse con los demás o divertirse (CDC, 2014b; OMS, 2017a; Finley y Landless, 2014). La Clínica Mayo (2009) en su listado de siete beneficios para la salud de la AF, agrega que la AF: a) aumenta la energía; b) promueve el mejor dormir; c) incrementa el libido; y d) puede ser divertida y social.

Por su parte, la United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) en el documento La Carta Internacional de la Educación Física, la Actividad Física y el Deporte señala que para la sociedad en general, la AF puede reportar importantes beneficios en los planos de la salud, social y económico. Un estilo de vida activo contribuye a la prevención de las enfermedades cardíacas, de la diabetes y del cáncer, así como de la obesidad, y contribuye en última instancia a la disminución de las muertes prematuras. Reduce además los gastos de salud, aumenta la productividad, y fortalece la participación ciudadana y la cohesión social. La AF puede aportar contribuciones específicas a una amplia gama de beneficios para las personas, las familias, las comunidades y la sociedad en general. La AF puede contribuir a la prevención y a la rehabilitación de los que corren el riesgo de caer en la toxicomanía, el alcoholismo y el consumo excesivo de tabaco, la delincuencia, la explotación y la más extrema miseria (UNESCO, 2015). Otras investigaciones han demostrado los beneficios que tiene la práctica de AF regular en diversas etapas de la vida, tanto a nivel físico como también psicológico y social (Chen y Lee, 2013; Owen, Salmon, Koohsari, Turrell y Giles-Corti, 2014; Zschucke, Gaudlitz y Ströhle, 2013).

Los resultados obtenidos en estudios relacionados con la AF de la población son preocupantes. La prevalencia de sedentarismo a nivel mundial en los adultos es del 23% y de acuerdo con otra estimación, el 31% de la población adulta a nivel mundial es físicamente inactiva, con una prevalencia del 43,2% en las Américas (Hallal, Andersen, Bull, Guthold, Haskell, y Ekelund, 2012). Según las cifras de la OMS (2016d), al menos un 60% de la población mundial no realiza la AF necesaria para obtener beneficios para la salud. Varela, Duarte, Salazar, Lema, y Tamayo (2011) en su estudio hacen referencia al sedentarismo o la falta de AF cuando la persona no realiza una cantidad mínima de movimiento diario (por lo menos entre 25 y 30 minutos), que produzca un gasto energético mayor o igual a un 10% del que ocurre habitualmente al llevar a cabo las actividades cotidianas. Debido a los cambios demográficos de las últimas décadas, la mitad de la

población española está compuesta por adultos. Siendo estos grupos los que menos practican AF (García y Llopis, 2011). Un estudio realizado en Argentina por Argentina en Movimiento (2000), encontró que aproximadamente el 60% de los hombres y el 75% de las mujeres entre las edades de 25 a 70 años no realizan AF regularmente. En Chile, la última encuesta nacional de salud (2009-2010) realizada por el Ministerio de Salud mostró que el 84% de los hombres y el 92,9% de las mujeres pueden ser clasificados como sedentarios. Vidarte-Claros, Vélez-Álvarez y Parra-Sánchez (2012) en su estudio con 631 personas de Manizales, Colombia entre 18 y 60 años de edad, encontraron que el 72,7% eran sedentarios. En el estudio de Lema, Salazar, Varela, Díaz, Rubio, y Botero (2009) con 598 universitarios de Cali, Colombia, el 77% realizaba poco o ningún tipo de ejercicio o práctica de movimiento corporal durante al menos 30 minutos, con una frecuencia de tres veces a la semana. Estudios en España muestran cifras similares. Un estudio realizado con 1.512 alumnos universitarios de Murcia reveló que un 52,7% declararon estar participando en actividades físico deportivas, la mayor proporción era de hombres (Pavón y Moreno, 2008). El Instituto Nacional de Estadística del Ministerio de Sanidad, Servicios e Igualdad de España (2016) indicó que en el año 2014 el 36,6% de la población de 15 y más años era sedentaria. En España los más activos son los navarros. El 46% practica AF, siendo los más sedentarios del país los extremeños debido a que practican AF solo el 26%. De las 17 Autonomías españolas, ocho presentan valores de actividad superiores a la media (Navarra, Madrid, Cataluña, Asturias, País Vasco, La Rioja, Castilla-León y Comunidad Valenciana) con porcentajes que varían entre 46% de los navarros al 39% de los valencianos. Apenas por debajo de la media, tenemos a Cantabria, Murcia, Baleares y Canarias. En último lugar encontramos las comunidades donde la práctica de AF ha descendido de forma considerada alarmante: Aragón (33%), Galicia (33%), Andalucía (33%), Castilla-La Mancha (27%) y Extremadura (26%) (García-Ferrando y Llopis, 2011).

Un estudio relacionado con el sedentarismo que comprendió 28 países de la Unión Europea presentó que los españoles entrevistados pasaban 7 horas y media por día sentados (Loyen et al., 2016). Otro estudio (Macías et al., 2014) relacionado con los niveles de AF en el tiempo libre de la población madrileña presentó que el 76,3% de los entrevistados reportaron bajos niveles de AF. En otro estudio (Pardo et al., 2014) realizado en Cataluña indica que el 23,3% de los participantes reportaron bajos niveles de AF, el 38,8% reportaron niveles moderados, y el 37,9% reportaron niveles altos. Un estudio realizado por Beltrán-Carrillo, Devís-Devís y Perió-Velert, (2012) indica que el porcentaje de jóvenes en bachillerato que se encuentran inactivos físicamente es cerca del 50%. Otro estudio (Sevil et al., 2016) señala que más del 50% de los universitarios se encuentran inactivos físicamente. Según la OPS en América Latina casi tres cuartos de la población tienen un estilo de vida sedentaria. En relación con la AF las cifras muestran de que más del 60% de las personas de edad avanzada no realizan ningún tipo de AF (OPS, 2002; Jimeno, Peña, Exposito y Zagalaz, 2010).

En la tabla 4 se observan los valores publicados por la WHO (2015a) relacionados con la prevalencia de AF insuficiente en los países que han formado parte del estudio.

Tabla 4. Prevalencia de AF insuficiente de edad-estandarizada de personas de 18 años y mayores.

País	Hombres	Mujeres
Argentina	35.8%	42.7%
Bolivia	*	*
Chile	17.8%	24.9%
Colombia	54.3%	72.9%
Costa Rica	*	*
Ecuador	19.6%	30.8%
España	27.2%	33.7%
Honduras	*	*
Méjico	20.3%	31.8%
Perú	*	*
Republica Dominicana	31.5%	40.3%
Uruguay	26.2%	37.3%
Venezuela	*	*

Fuente: WHO - Global Health Observatory Data Repository – 2015

Nota: El símbolo * significa datos no disponibles.

Algunas de las razones más relevantes para llevar una vida sedentaria son: la falta de tiempo, la falta de gusto hacia la AF, el cansancio por el trabajo o el estudio (Boiche y Sarrazín, 2009; Cambronero et al., 2015, Martínez et al., 2012). El sedentarismo es un factor de riesgo modificable (Maestre-Miguel et al., 2015). Para poder modificarlo se necesitan intervenciones. Algunas intervenciones para disminuir el sedentarismo deben empezar desde la niñez, ya que los estudios demuestran que el sedentarismo aumenta con la edad (Stierlin et al., 2015). Martin et al., (2015) analizaron cuatro diferentes clases de intervenciones para

disminuir el sedentarismo con AF. Estas clases son: a) intervenciones dirigidas a la disminución del sedentarismo solamente; b) intervenciones dirigidas al aumento de la AF solamente; c) intervenciones dirigidas a una combinación de la reducción del sedentarismo con el aumento de la AF; y d) intervenciones dirigidas al estilo de vida que son una combinación de la reducción del sedentarismo con el aumento de AF y una dieta. El estudio determinó que con intervenciones dirigidas al sedentarismo y las intervenciones dirigidas al estilo de vida pueden disminuir el sedentarismo cuando los individuos se lo proponen.

Las intervenciones para reducir la inactividad física y el sedentarismo deben ser apoyadas y respaldadas por: a) entidades educativas con programas curriculares y un foco en la AF; b) por la comunidad creando énfasis en los deportes, como también por; c) políticas públicas creando una sociedad más activa y menos sedentaria (Abarca-So et al., 2015; Padrón-Cabo y Romo-Pérez, 2012).

1.4 Sobrepeso y Obesidad

La OMS (2016a) define a la obesidad y sobrepeso como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple que se utiliza para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (Kg/m^2). En los adultos el sobrepeso y la obesidad están definidos de la siguiente manera:

- Sobrepeso: IMC igual o superior a 25 Kg/m^2
- Obesidad: IMC igual o superior a 30 Kg/m^2

También y siguiendo la recomendación de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) en el año 2000, a los sujetos obesos se los clasificó en función del

porcentaje graso corporal, cuando éste está por encima del 25% en los hombres y del 33% en las mujeres. Los valores comprendidos entre el 21% y el 25% en los hombres y entre el 31% y 33% para las mujeres se consideran límites.

La obesidad es un factor de riesgo de enfermedades crónicas como: cardíacas, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, ictus y algunos tipos de cáncer, entre otras. La obesidad es indiferente a la raza, la edad, el nivel socio económico, el sexo o la ubicación geográfica. Genera una acumulación excesiva de grasa con hipertrofia general del tejido adiposo. Las evidencias sugieren que es una enfermedad con varios factores de origen: entre otros, genético, ambiental, psicológico. (Rubiano, Salazar-Piñeros, Sanabria, Lizacano y Rojas, 2014).

El origen principal del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre las calorías que consumimos y las calorías que gastamos. De manera más específica, algunos factores que contribuyen al aumento del sobrepeso y la obesidad son: consumo de alimentos hipercalóricos, bebidas con altos porcentajes de azúcar, la tendencia a disminuir la AF debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchos trabajos, los cambios en los medios de transporte y la creciente urbanización (OMS, 2016a).

Se relaciona al estilo de vida de las personas como la raíz de la obesidad en la población. Las dietas sobrecargadas de calorías, la falta de motivación para realizar AF y la vida mayormente sedentaria. Vivimos en un mundo donde todo lo podemos obtener estando sentados. Podemos realizar los depósitos bancarios desde nuestro automóvil o desde nuestros teléfonos, podemos encargar nuestros alimentos por teléfono y hacer que los traigan a nuestra oficina, también las compras de víveres pueden ser entregadas en el hogar. Hoy en día gracias a la tecnología podemos hacer todo desde el lugar donde estemos, sin tener necesidad de

movernos. Los datos del Banco Mundial (2013) indican que, si continúa esta tendencia, para el año 2030 la cantidad de obesos en Latinoamérica alcanzará al 30% de la población.

Desde 1980, la obesidad se ha duplicado en todo el mundo. En el año 2014, más de 1.900 millones de adultos mayores de 18 años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos. En 2014, el 39% de las personas adultas (el 38% de los hombres y el 40% de las mujeres) tenían sobrepeso y el 13% (11% de los hombres y 15% de las mujeres) eran obesos. La mayoría de la población mundial vive en lugares donde el sobrepeso y la obesidad cobran más vidas que la insuficiencia ponderal. La mejor información o dato en referencia a la obesidad es que se puede prevenir (OMS, 2016a).

En 2014, según los cálculos de la OMS, unos 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos. El sobrepeso y la obesidad antes se consideraban como un problema presente únicamente en países de ingresos altos, pero con los datos que tenemos hoy en día se puede aseverar que tanto el sobrepeso como la obesidad se observan también en países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos. En África, el número de niños con sobrepeso y obesidad se ha duplicado: de 5,4 millones en 1990 a 10,6 millones en 2014. En 2014 cerca de la mitad de niños menores de cinco años con sobrepeso y obesidad vivían en Asia (OMS, 2016a).

La WHO (1998) presentó una clasificación del estado ponderal utilizando el IMC como criterio válido para sujetos adultos se describe en tabla 5.

Tabla 5. Clasificación de los valores de punto de corte del IMC para establecer la composición corporal de una población (SEEDO, 2000).

Clasificación	Índice Ponderal
Peso Insuficiente	<18.5
Normopeso	IMC 18.5 – 24.9 Kg/m ²
Sobrepeso I	IMC 25 – 26.9 Kg/m ²
Sobrepeso grado II (pre-obesidad)	IMC 27 – 29.9 Kg/m ²
Obesidad grado I	IMC 30 – 34.9 Kg/m ²
Obesidad grado II	IMC 35 – 39.9 Kg/m ²
Obesidad grado III (mórbida)	IMC 40 – 44.9 Kg/m ²
Obesidad de tipo IV (extrema)	IMC > 50 Kg/m ²

La prevalencia de sobrepeso y obesidad ($IMC \geq 25 \text{ Kg/m}^2$) en adultos en las últimas tres décadas ha incrementado sustancialmente en todo el mundo (Forouzanfar et al., 2015). La prevalencia de obesidad en EE.UU. en 2013-2014 fue del 35% en los hombres y del 40,4% en las mujeres (Flegal, Kruszon-Moran, Carroll, Fryar y Ogden, 2016). Los niños también son afectados por la obesidad. En 2011-2014, la prevalence de obesidad en niños de 2 a 19 años en EE. UU. fue del 17%. El aumento en la prevalencia del sobrepeso y la obesidad es una preocupación mundial (Cattaneo et al., 2010; Olaya et al, 2015). Se prevé un aumento mundial de un 40% en la próxima década. Los países de bajos y medianos ingresos han mostrado la realidad de la transición nutricional, al pasar del peso normal al sobrepeso y obesidad, hecho que sucedió hace algunas décadas en partes de Europa y EE. UU (Subramanian, Perkins, Ozaltin y Davey, 2011).

En la actualidad, la obesidad y el sobrepeso son las enfermedades metabólicas más extendidas en toda la población latinoamericana como también en la población española. Esta

realidad trae una gran repercusión no solo en el ámbito de la salud, sino también en el psicológico, social y económico (Frideman, Reichmann, Costanzo y Musante, 2002).

En la tabla 6 se observa el porcentaje de obesidad de los países que formaron parte del estudio de acuerdo con los datos obtenidos de *The World Factbook* (2013).

Tabla 6. Porcentaje de obesidad en los países que forman parte del estudio de América Latina y España.

País	Porcentaje de la Población
Argentina	29.7%
Bolivia	17.9%
Chile	29.4%
Colombia	17.3%
Costa Rica	23.7%
Ecuador	21.4%
España	26.6%
Honduras	18.4%
Méjico	32.1%
Perú	15.7%
Republica Dominicana	21.2%
Uruguay	24.8%
Venezuela	30.3%

Fuente: Central Intelligence Agency (2013). In *The World Factbook 2013-2014*

Data obtenida en el 2008.

En España la prevalencia de obesidad en adultos alcanzó el 16,9% en el año 2014, manteniéndose los niveles alcanzados en 2009 (16,0%) y 2011 (17,03%), y ahora ligeramente mayor en hombres que en mujeres. Desde 1987, la obesidad ha aumentado de un 8% a un 16,9% en 2014. En los hombres el aumento ha sido mayor, de un 7% en 1987 a un 17,1% en 2014. La prevalencia del sobrepeso ha mantenido valores más estables, desde el 32,3% en 1987 al 35,7% en 2014. La prevalencia de obesidad y sobrepeso en el 2014 en la

población adulta residente en España es el 52,6%. Para los hombres es el 60,7% y el 44,8% para las mujeres. Las diferencias por sexo son marcadas en caso de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en el 2014 (Instituto Nacional de Estadística, 2016).

Dos de cada tres personas que se encuentran entre los 19 a 59 años de edad en Ecuador, tienen prevalencia de sobrepeso (OPS/OMS 2015). En el 2014, la prevalencia de sobrepeso en Méjico era del 64,4%, en Chile del 63,1%, en Venezuela del 62,3%, en Uruguay del 61,7%, en Costa Rica del 60,4%, en República Dominicana del 58,4%, en Colombia del 56,5%, en Bolivia del 52,1%, en Guatemala del 52%, en Honduras del 51,5%, en Nicaragua del 49,4%, y en Paraguay del 48,5% (OMS, 2014).

El Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2005) considera que la obesidad se puede prevenir, la prevención debe empezar en la infancia, a través de la implementación de hábitos saludables. Los pediatras deberían detectar la obesidad en sus pacientes. Los padres deberían recibir información desde el día que nace su bebé para poder ir implementando los consejos sobre una alimentación sana y balanceada y la importancia de la práctica de la AF desde la infancia.

Así como variadas son las causas de obesidad, son las personas afectadas por la obesidad. Hay varios factores que influyen en la obesidad como los hereditarios (Yang, Kelly y He, 2007), la vida sedentaria acompañada por una dieta pobre (Wilmot et al., 2012), la relación con el IMC (McFerran y Mukhopadhyay, 2013) o con un ambiente que fomenta el sobrepeso y obesidad (Mackenback et al., 2014).

Propiciar la creencia de que el estado ponderal es variable ayuda a las personas a evitar infortunios relacionados con el aumento de peso (Burnette y Finkel, 2012). Un estudio muestra que los participantes cambian su concepto de sobrepeso y obesidad reportando una

mayor eficacia en la pérdida de peso cuando están informados de cómo pueden evitar el sobrepeso, la obesidad y los ambientes propicios a estos factores, (Pearl y Lebowitz, 2014).

Algunas personas pueden mostrar tener una intención de cambio en su comportamiento pero es probable que no tomen ninguna decisión concreta para realizar el cambio. Solo el 40% de los adultos mayores realizan ejercicio físico de modo regular y el 50% de los adultos sigue un estilo de vida sedentaria expresando la intención de comenzar un programa de ejercicio físico regular para incrementar su AF (Sniehotta, Scholz y Schwarzer, 2005). Ejercicios de tipo interválico de alta intensidad pueden proporcionar un modelo de ejercicio alternativo para individuos obesos (Tjonna, Stolen y Bye, 2009; Whyte, Gill y Cathcart, 2010; Willis et al., 2012).

Numerosos estudios confirman que la pérdida de peso es mayor en un programa que incluye dieta más ejercicio, que simplemente dieta o ejercicio por separado (Chomentowski et al., 2009; Foster-Schubert et al., 2012; Frimel, Sinacore y Villareal, 2008; Ghroubi, Elleuch, Chikh, Kaffel, Abid y Elleuch, 2009).

Marandi, Abadi, Esfarjani, Mojtahedi y Hasemi (2013) en su estudio con mujeres con sobrepeso-obesidad, Danielsen, Svendsen, Maehlum y Sundgot-Borgen (2013) en su estudio de sujetos con obesidad, Fett, Fett y Marchini (2009) en su estudio de mujeres con sobrepeso/obesidad, Whyte, Gill y Cathcart (2010) en su estudio sobre hombres sedentarios con sobrepeso y Willis, Slentz, Bateman, Shields, Piner, Bales, Houmard y Kraus (2012) han comprobado los beneficios de la AF como uno de los factores indispensables para bajar y controlar el sobrepeso y la obesidad.

1.5 Imagen Corporal

La idea de imagen corporal (IC) es un concepto teórico muy utilizado en el medio psicológico, psiquiátrico, sociológico y médico cuando se intenta explicar algunos aspectos

fundamentales de la personalidad, como la autoestima de una persona. La IC atañe a la imagen mental de uno mismo hacia su cuerpo y se define como un concepto multidimensional que representa como las personas piensan, sienten y se comportan con respecto a sus atributos físicos (Muth y Cash, 1997). La IC no es fija e inamovible, sino que varía a lo largo de la vida, formándose principalmente en la infancia y adolescencia.

La IC es uno de los conceptos que más atención ha recibido desde diferentes perspectivas en los últimos años (Parschau et al., 2013; Viholainen, Aro, Purtsi, Tolvanen y Cantell, 2014; Wilson, Siegle, McCoach, Little y Reis, 2014). En la actualidad se observa gran interés y preocupación por la IC relacionándola con la estética y la salud. Por eso, la insatisfacción con el estado ponderal parece haber aumentado con el tiempo y es un problema común en la sociedad moderna. (Matthiasdottir y Jonsson, 2012).

La Fundación Imagen y Autoestima (2013), simplifica la definición de la IC como la representación mental que cada persona tiene de su aspecto físico. Otros autores como García, Ortiz, Salazar, Martino y Vergara (2014) y también Rueda, Camacho, Milena y Martínez-Villalba (2012), definen a la IC como la concepción o creencia que un individuo tiene acerca de su cuerpo y morfología, sin necesidad de que ésta se corresponda con el aspecto real. De esta definición se derivan tres subcategorías asociadas a la IC: 1) IC Percibida, en la cual el individuo se ve; 2) IC Proyectada, aquella en que el individuo cree que proyecta hacia las personas de su medio; y 3) IC Deseada, siendo la silueta que el individuo desea alcanzar (Vaquero, Macías y Macazaga, 2014). Por tanto, la IC puede asociarse o no con la verdadera imagen de un individuo produciendo satisfacción hacia la IC o creando insatisfacción corporal (IsC) (García, B., Ortiz, M., Salazar, G., Martino, L. y Vergara, A., 2014).

Una IC positiva se asocia con un adecuado funcionamiento personal, social, en la relación

con el entorno, en la adopción de conductas saludables y determinando el éxito que la persona puede alcanzar en ámbitos como el académico, social o deportivo (Guillén y Ramírez, 2011; Slutzky y Simpkins, 2009). La IC y el concepto de autoimagen más extendido contempla una naturaleza de múltiples dimensiones como la física, la emocional, la familiar, la académica y la social (Esnaola, Rodríguez y Goñi, 2011).

Duchin et al. (2014) y Heshmat et al. (2015) en sus investigaciones han demostrado la relación que existe entre las preocupaciones del peso y la IC, por lo que esta preocupación puede servir como un incentivo para promover la participación en AF, la reducción del sedentarismo y la obesidad (Abad et al., 2012). Estudios como los de Sánchez-Cruz et al. (2013), Ávalos et al. (2014) o los de Deutsch, Guarrera-Bowlby, Myslinski y Kafri (2015) han confirmado que la práctica de AF no solo puede reducir la obesidad sino también puede mejorar la IC en forma directa como también indirecta. Directamente porque al reducir la obesidad cambiará la morfología corporal y la IC (Martínez, Contreras, Aznar y Lera, 2012; O'Connor, Golley, Perry, Magarey y Truby, 2015). Indirectamente porque la AF permite conocer mejor las posibilidades del individuo, adquiriendo una IC más ajustada a la realidad (Gómez-Mármol, 2013).

La IC está compuesta por elementos perceptivos, cognitivos, emotivos y conductuales a partir de los cuales se valora la exactitud en la estimación del tamaño corporal del individuo, establecida en juicios meramente perceptivos, la actitud y sentimiento del individuo hacia su propio cuerpo (Sepúlveda, Botella y León, 2001). Cuando un individuo tiene una IC positiva, esta actitud promueve la salud física y emocional, como resultado el individuo refuerza la autoestima y disminuye la vulnerabilidad al daño (Montaño, 2008). Así, la IC puede contribuir a una baja autoestima (O'Connor, Golley, Perry, Magarey y Truby, 2015).

La IsC es un sentimiento bastante común que puede afectar en forma negativa el funcionamiento psicosocial de las personas y la CV. La baja autoestima, la depresión, el bajo deseo sexual, dificultades en las interacciones sociales pueden ser sentimientos negativos relacionados con la satisfacción o insatisfacción de la IC de los individuos (Raich, 2001; Stice, Hayward, Cameron, Killen y Taylor, 2000; Cash y Fleming, 2002; Polivy y Herman, 2002; Baile, Guillén y Garrido, 2002; Calado, Lameiras y Rodríguez; 2004, Paxton, Neumark-Sztainer, Hanna y Eisenberg, 2006; Rodríguez, Beato y Llario, 2006; Stice y Shaw, 2010; Portela, da Costa, Mora y Raich, 2012). Estos estudios han demostrado que la IsC es un aspecto importante que afecta a la salud y CV de las personas y que está condicionada por factores individuales, sociales y culturales.

Cada vez más se observa como los medios de comunicación y la sociedad ejercen influencia sobre la IC (Elgin y Pritchard, 2006; Calado, Lameiras, Sepulveda, Rodríguez y Carrera, 2010). Por medio de las imágenes los medios de comunicación influyen en las personas de todas las edades enalteciendo la juventud y vinculando la autoestima a la delgadez. Los medios de comunicación destacan la importancia del ideal de delgadez para las mujeres y la hipertrofia muscular en los hombres. Al destacar diferentes imágenes vemos que existen diferencias para los hombres y mujeres en relación a la IC ideal para cada sexo. Para los hombres es el grado de musculación estableciendo un patrón de belleza de hombre musculado con cuerpos atléticos, pectorales y abdominales desarrollados, espaldas anchas y cinturas estrechas (McCreary, Hildebrandt, Heinberg, Boroughs y Thompson, 2007; Cruz y Maganto, 2003). A las mujeres se les transmite que la delgadez es lo más atractivo para los hombres (Frederick, Fessler y Haselton, 2005).

Los mensajes de los medios de comunicación sobre el aspecto físico no son realistas para la mayoría de las personas y pueden conducir a la IsC (Benowitz-Fredericks, García, Massey, Vasagar y Borzekowski, 2012). No es sencillo explicar la cultura de la delgadez ya que los

factores culturales y sociales ejercen un rol importante (Vaz, Salcedo, Suarez y Alcaiana, 1992). La influencia que está ejerciendo la cultura de la delgadez sobre la mujer es superior que la que ejerce sobre el hombre (Maganto y Cruz, 2000). Las mujeres mayores son vulnerables a estos mensajes de la sociedad y pueden experimentar fuertes presiones para mantener su juventud y la delgadez, desarrollando más síntomas de trastornos alimentarios como son la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa (Dominé, Dadoumont y Bourguignon, 2012). Con el envejecimiento y el deterioro corporal se hace cada vez más difícil mantener ese ideal social de belleza, lo que podría tener un impacto negativo en la CV y el estado nutricional (Marshall, Lengyel, Utioh, 2012).

Hacer algún tipo de dieta para bajar de peso es una de las conductas más comunes asociadas a la IsC. Estas dietas en su mayoría consisten en reducir el consumo de calorías por debajo de la recomendación diaria (Valverde, Rivera de los Santos y Moreno (2010). La IsC también puede motivar a las personas a participar en forma excesiva y adictiva de AF simplemente por la estética y no para mejorar la salud. El exceso y dependencia de la AF puede asociarse con trastornos de la alimentación y de la IC. La frecuencia elevada de ejercitación física se puede llevar al uso excesivo e incluso adictivo del ejercicio físico y deportivo, no para mejorar la salud, sino más bien la estética (Bonilha, Antunes, Giménez de Borba, De Mello Santiago, Tufik, y De Mello, 2011). La frecuencia elevada de ejercitación física se asocia con un aumento del nivel de conductas de tipo anoréxico y de preocupación por la apariencia entre las mujeres. En los hombres el aumento de la frecuencia de ejercitación se vincula con un nivel más elevado de autoestima y con una percepción más favorable de la apariencia física. También se ha verificado una asociación entre el ejercicio físico excesivo y las conductas de tipo bulímico (Varnado-Sullivan, Horton, y Savoy, 2006).

2. Objetivos

2.1.1 General:

El objetivo principal de esta tesis ha sido describir el nivel de AF, el estado ponderal y la satisfacción con la IC en adultos latinoamericanos y españoles con estudios universitarios.

2.1.2 Específicos:

Se concretaron los siguientes objetivos específicos:

- Analizar las características sociodemográficas de universitarios latinoamericanos y españoles tomando en cuenta la edad, peso, talla, IMC, estado de salud percibido y nivel de AF.
- Analizar los hábitos de vida en concreto: de consumo de tabaco, alcohol y práctica de deporte de universitarios latinoamericanos y españoles.
- Analizar el estado ponderal de universitarios latinoamericanos y españoles
- Analizar la satisfacción con la IC y la actitud presentada frente a ésta de universitarios latinoamericanos y españoles.

3. Estudio

3.1 Método

Se trata de un estudio de carácter transversal realizado durante los meses de octubre del 2015 a marzo del 2016.

3.2 Participantes

Se tuvo acceso a un número de 274 participantes residentes en diferentes países centro y sudamericanos de habla hispana (Argentina, Bolivia, Chile, Costa Rica, Ecuador, Honduras, México, Nicaragua, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela) y residentes del sur de España, 124 hombres y 150 mujeres, 140 latinoamericanos (edad= 30.26 ± 7.97 años) y 134 españoles (edad= 28.54 ± 8.92 años) (figura 1). La muestra tuvo un carácter de conveniencia. En la tabla 7 se exponen las variables sociodemográficas de los participantes. Después de recibir información detallada sobre los objetivos y procedimientos del estudio, cada participante firmó un consentimiento informado para realizar el estudio. Los participantes que preferían responder los cuestionarios electrónicamente, tuvieron la oportunidad de hacerlo mediante una encuesta electrónica. Como criterios de inclusión se tuvo en cuenta que los sujetos tuvieran estudios universitarios y no padecieran limitaciones mentales o cognitivas. El estudio se realizó en cumplimiento de las normas de la Declaración de Helsinki (versión 2013) y siguiendo las directrices de la Comunidad Europea para la Buena Práctica Clínica (111/3976/88 de julio de 1990), así como el marco legal español para la investigación clínica en los seres humanos (Real Decreto 561/1993 sobre ensayos clínicos). Se contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad de Jaén.

3.3 Materiales e Instrumentos

Para analizar la AF se utilizó la versión larga del Cuestionario Internacional sobre AF (*International Physical Activity Questionnaire*, IPAQ) (Bauman et al. 2009). Es un instrumento que cuantifica la AF realizada en los últimos 7 días (previos a la administración del cuestionario) y trata de reflejar el tiempo que el sujeto está físicamente activo en estos días en cuatro dominios: laboral, doméstico, de transporte y tiempo libre (Craig et al. 2003). El IPAQ permite asignar a los sujetos a tres categorías de AF (baja, media y alta) según el gasto energético estimado para cada actividad. Las categorías se definen de la siguiente manera: Categoría 1. AF baja: No existe actividad o la actividad que se presenta no es suficiente para introducirla en las categorías 2 o 3. Categoría 2. AF moderada: 3 días o más de AF vigorosa con una intensidad de al menos 20 minutos por día, o 5 o más días de intensidad física moderada y/o andar al menos 30 minutos por día, o 5 o más días de cualquier combinación de andar, actividad de intensidad moderada y actividad de intensidad vigorosa sumando un mínimo total de AF de al menos 600 MET-minutos/semana. Categoría 3. AF alta: Actividades de intensidad vigorosa al menos 3 días sumando un mínimo total de AF de al menos 1.500 MET-minutos/semana, o 7 o más días de cualquier combinación de andar, intensidad moderada o actividades de intensidad vigorosa sumando un mínimo total de AF de al menos 3.000 MET-minutos/semana.

Se empleó un cuestionario sociodemográfico diseñado ad hoc para la presente investigación a fin de obtener datos de identificación de los participantes. Las variables incluidas como independientes en este cuestionario fueron: edad, peso, talla, IMC, estado civil, nivel de estudios, trabaja (sí/no), práctica deportiva (sí/no – se considera deportista a quien realiza deporte como mínimo tres veces por semana), consumo de tabaco (nunca, fumador diario, fumador ocasional, ex fumador) y alcohol (abstemio, ex bebedor, bebedor moderado, bebedor excesivo). El IMC se calculó dividiendo el peso (en kilogramos, Kg) por

el cuadrado de la altura (en metros) (Kg/m^2). Para la estimación del IMC se utilizaron el peso y la estatura auto informados dadas las altas correlaciones que presentan con sus medidas antropométricas objetivas (Galán, Gandarillas, Febrel y Meseguer, 2001). Así según estos autores el análisis del IMC como variable continua, a partir de los datos de las medidas del peso y la talla auto declarados, tiene poco margen de error. Las recomendaciones de la OMS (2003) fueron empleadas para establecer los criterios de clasificación del grado de obesidad: bajo peso si $\text{IMC} < 18.5 \text{ kg}/\text{m}^2$; normopeso si el rango de $\text{IMC} = 18.50\text{-}24.99 \text{ kg}/\text{m}^2$; sobrepeso si $\text{IMC} = 25.00\text{-}29.99 \text{ kg}/\text{m}^2$ y obesidad si $\text{IMC} > 30 \text{ kg}/\text{m}^2$.

Para la evaluación de la IsC se utilizó el *Body Shape Questionnaire* (BSQ) (Cooper, Fairburn, Cooper y Taylor, 1987) en su versión española (Raich et al. 1996). Se trata de un cuestionario auto administrado formado por 34 ítems que se evalúan mediante la siguiente escala (1 = Nunca, 2 = Raramente, 3 = A veces, 4 = A menudo, 5 = Muy a menudo, 6 = Siempre), de modo que el rango de la prueba es 34-204. Los factores que evalúa según la versión española son cinco: BSQ 1: Preocupación por el peso, BSQ 2: Preocupación por los aspectos antiestéticos de la obesidad, BSQ 3: Insatisfacción y preocupación corporal general, BSQ 4: IsC respecto a la parte inferior del cuerpo, BSQ 5: Empleo de vómitos o laxantes para reducir la IsC. Siguiendo a Cooper y Taylor (1988), a partir de la puntuación total se han establecido cuatro categorías o niveles de preocupación por la IC: no hay preocupación (puntuación < 80), preocupación leve (puntuación entre 81 y 110), preocupación moderada (puntuación entre 111 y 140) y preocupación extrema (puntuación > 141 puntos). En la adaptación española de Raich et al. (1996) se obtienen altos índices de consistencia interna (Alpha de Cronbach entre 0.95 y 0.97). El BSQ muestra elevada validez concurrente con otros instrumentos similares como el *Multidimensional Body Self-Relations Questionnaire* (MBSRQ) y la subescala de IsC del *Eating Disorders Inventory* (EDI) (Raich, Torras y Figueras 1996). En este estudio se obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.712.

Por último, también se incluyó el ítem 1 de la Encuesta *Healthy Short-Form 36* (SF -36) (Alonso, Prieto, y Antó, 1995), que valora la auto percepción del estado de salud con una calificación de 1 (deficiente) a 5 (excelente).

3.4 Análisis Estadístico

Los datos de este estudio se han analizado mediante el programa estadístico SPSS. v.19.0 para Windows, (SPSS Inc., Chicago, USA). Los resultados se muestran en estadísticos descriptivos de media, desviación típica y porcentajes. El cálculo de las diferencias entre los distintos grupos, teniendo en cuenta las variables sociodemográficas como variables independientes: sexo, estado ponderal y nivel de AF, se analizó mediante prueba chi cuadrado, prueba U Mann Whitney, análisis de varianza (ANOVA) o prueba t de Student. Además se realizó correlación Pearson entre las diferentes variables. El nivel de significación se estableció en $p < 0.05$.

4. Resultados

En la figura 1 se expone la distribución porcentual de los participantes según el país de residencia.

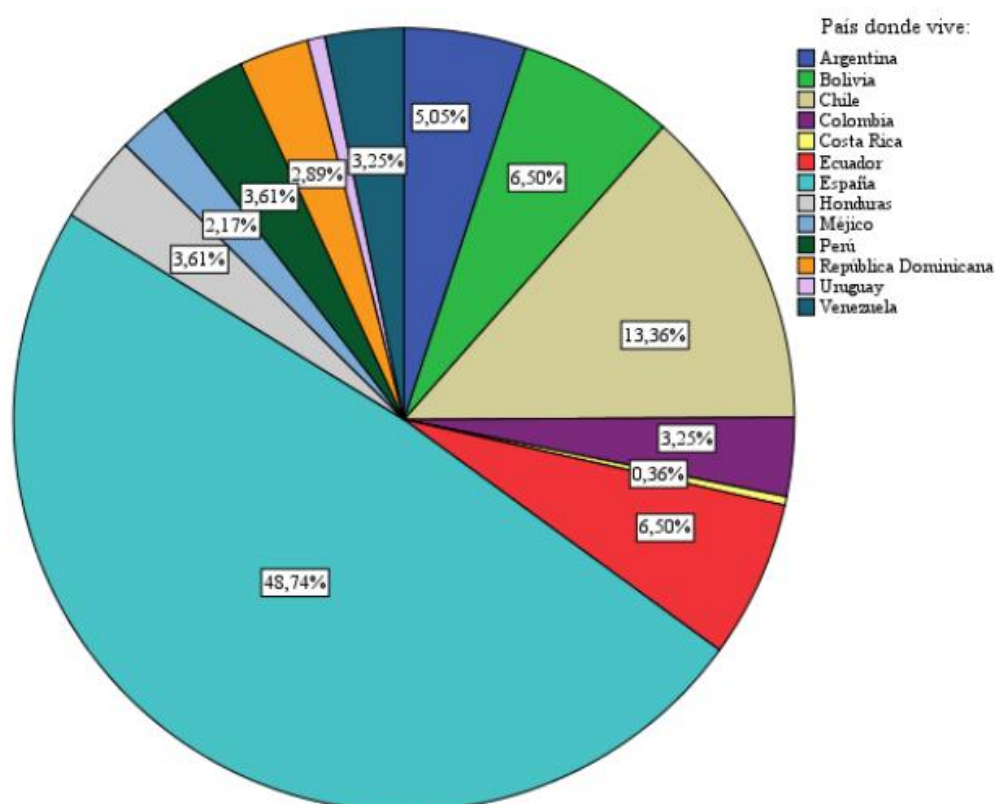


Figura 1. Distribución porcentual de los participantes por país de residencia.

Podemos observar que el 48,74% de los participantes residen en España y el 51,26% son residentes de países de Latinoamérica.

En la tabla 7 se muestran las características sociodemográficas de los participantes por país de residencia. Existen diferencias significantes entre los residentes de países latinoamericanos y españoles teniendo en cuenta el número de sesiones semanales de entrenamiento físico, así los residentes españoles muestran un mayor número de sesiones de entrenamiento físico por semana. En relación a la duración de sesiones de entrenamiento

físico, los residentes españoles también muestran una mayor duración de las sesiones de entrenamiento físico. No se observan diferencias significativas en la edad, peso y talla.

El IMC muestra diferencias significativas teniendo en cuenta los países de residencia, así los universitarios latinoamericanos presentan un mayor IMC. El IMC se correlaciona de manera inversa con el número de sesiones semanales de entrenamiento ($r=0.179$, $p=0.021$). La duración de las sesiones de entrenamiento se correlaciona de manera positiva con la percepción del estado de salud ($r=0.192$, $p=0.012$) e igualmente el número de sesiones de entrenamiento se correlacionan de manera positiva con la percepción del estado de salud ($r=0.207$, $p=0.006$).

Tabla 7. Características sociodemográficas de los participantes por país de residencia.

	Países latinoamericanos Media (DT) N=140	España Media (DT) N=134	p-valor
Edad (años)	30.26 (7.97)	28.54 (8.92)	0.093
Peso (Kg)	68.87 (14.31)	66.12 (11.70)	0.087
Talla (m)	1.66 (0.93)	1.68 (0.86)	0.055
IMC (Kg/m ²)	24.95 (3.71)	23.33 (3.84)	0.001
Estado de salud percibido (1-5)	3.29 (0.83)	3.34 (0.76)	0.691†
Número de sesiones semanales de entrenamiento físico	2.44 (1.41)	3.54 (1.58)	<0.001
Duración de sesión de entrenamiento físico (minutos)	50.36 (40.80)	65.91 (35.46)	0.011
Hombres/mujeres (%)	50/50	40.3/59.7	0.106*

*chi cuadrado U Mann Whitney

En la tabla 8 se exponen los hábitos de consumo de tabaco, alcohol y práctica deportiva por país de residencia. Los españoles muestran mayor prevalencia de consumo de tabaco y de alcohol. No se encuentran diferencias significativas en el porcentaje de deportistas.

Tabla 8. Hábitos de vida relacionados con la salud por países de residencia.

		Países latinoamericanos n (%)	España n (%)	p-valor
Consumo de tabaco	Nunca	134 (93.7)	88 (66.2)	<0.001
	A diario	0.0 (0.0)	23 (17.3)	
	Ocasional	3 (2.1)	12 (9)	
	Ex fumador	6 (4.2)	10 (7.5)	
Consumo de alcohol	Abstemio	128 (91.4)	57 (44.2)	<0.001
	Ex bebedor	5 (3.6)	2 (1.6)	
	Bebedor moderado	7 (5.0)	70 (54.3)	
	Bebedor excesivo	0.0 (0.0)	1 (0.2)	
Práctica de deporte	Sí	62 (43.7)	63 (47.0)	0.576
	No	80 (56.3)	71 (53.0)	

En la figura 2 se expone el estado ponderal por país de residencia en la muestra total. Los españoles presentan menor prevalencia de sobrepeso y obesidad.

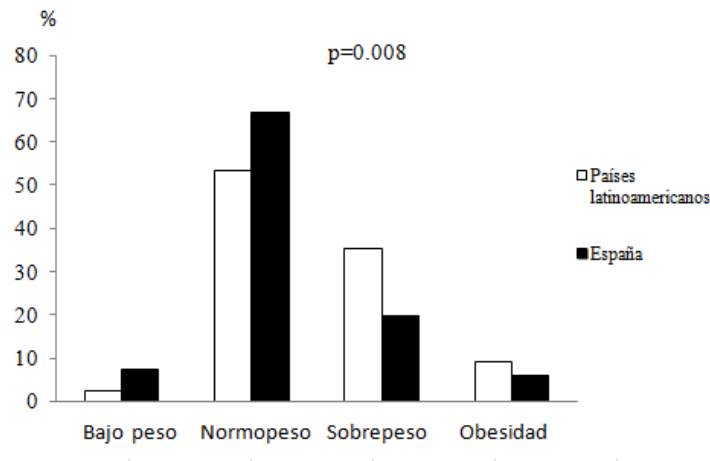


Figura 2. Estado ponderal por país de residencia en la muestra total.

En la figura 3 se expone el estado ponderal por país de residencia en los hombres. Los países latinoamericanos presentan menor prevalencia de bajo peso. Los españoles presentan mayor prevalencia de peso normal y menor prevalencia de sobrepeso y obesidad. En la comparación entre sexos, no se encuentran diferencias significativas ($p \geq 0.05$) en el estado ponderal entre los españoles, pero sí entre los universitarios latinoamericanos ($p=0.009$) presentando las mujeres menores porcentajes de sobrepeso y obesidad que los varones.

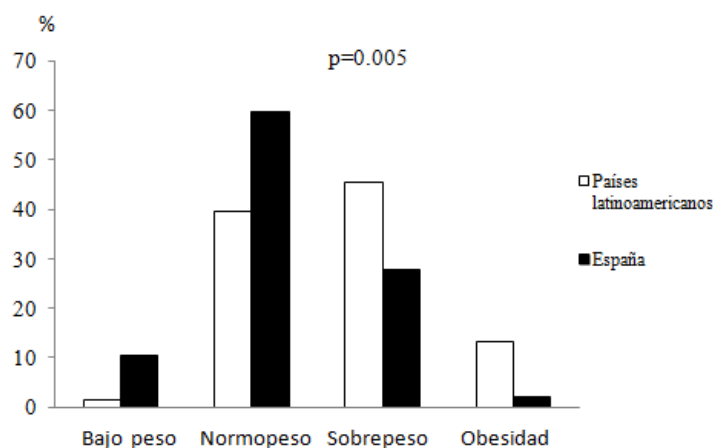


Figura 3. Estado ponderal por país de residencia en los hombres.

En la figura 4 se exponen los resultados de estado ponderal por países de residencia no encontrando diferencias significativas entre las mujeres.

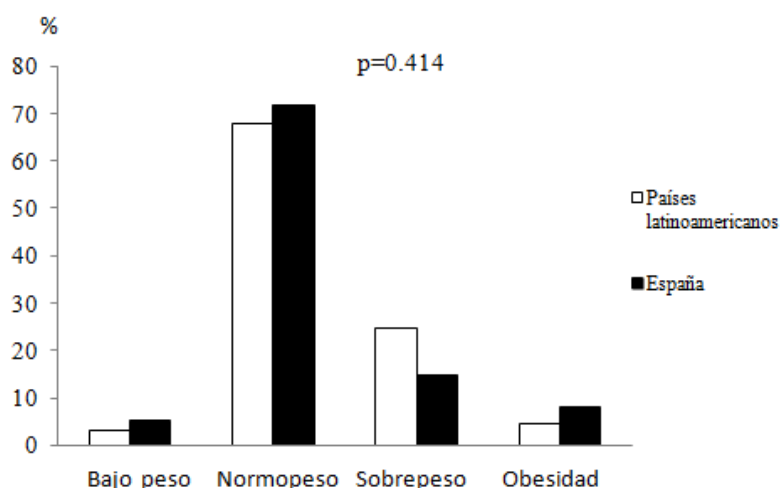


Figura 4. Estado ponderal por país de residencia en las mujeres.

En la figura 5 se expone el nivel de AF por país de residencia en la muestra total. Los españoles presentan menor prevalencia en AF moderada, pero mayor prevalencia de AF alta. En la comparación entre sexos, tanto en los participantes españoles como latinoamericanos no se encuentran diferencias significativas ($p \geq 0.05$) en los niveles de AF.

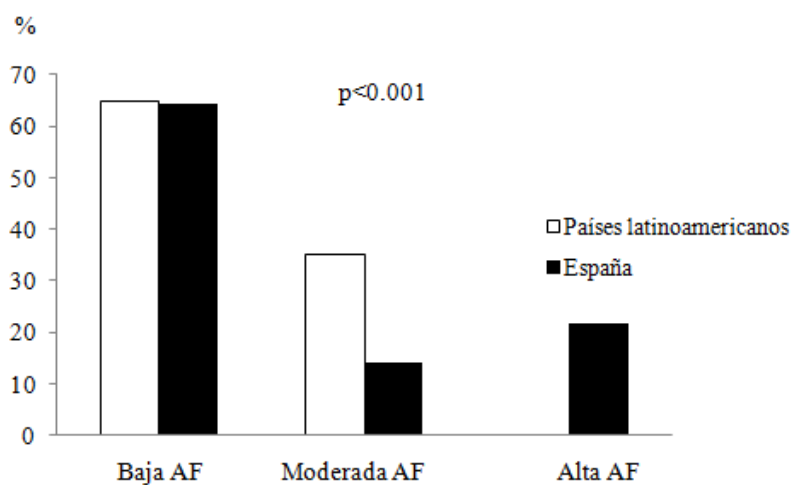


Figura 5. Nivel de AF por país de residencia en la muestra total.

En la figura 6 se exponen los resultados de nivel de AF por país de residencia en los hombres. Se puede observar que los hombres españoles presentan porcentajes más reducidos de AF moderada. Se puede observar que los hombres de países latinoamericanos no presentan nada de AF alta, siendo ésta una diferencia significativa con los residentes españoles.

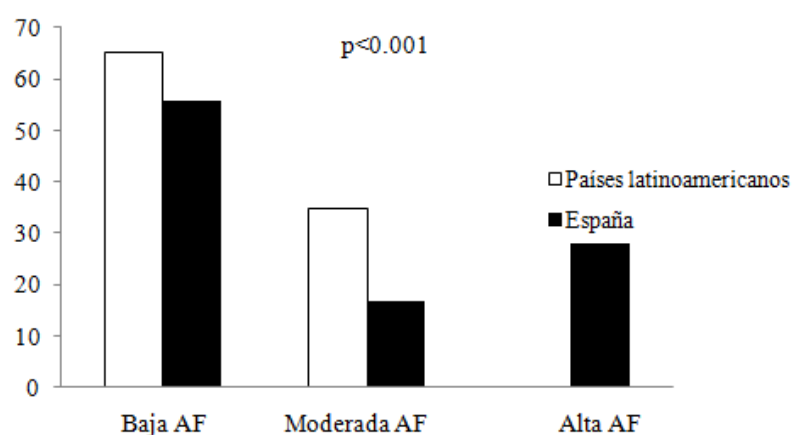


Figura 6. Nivel de AF por país de residencia en los hombres.

En la figura 7 se exponen los resultados de nivel de AF por país de residencia en las mujeres. Se puede observar casi el mismo resultado que en la figura 6 con los hombres. Se puede observar que las mujeres de países latinoamericanos no presentan nada de AF alta, siendo ésta igual que en los hombres, una diferencia significativa con los residentes españoles.

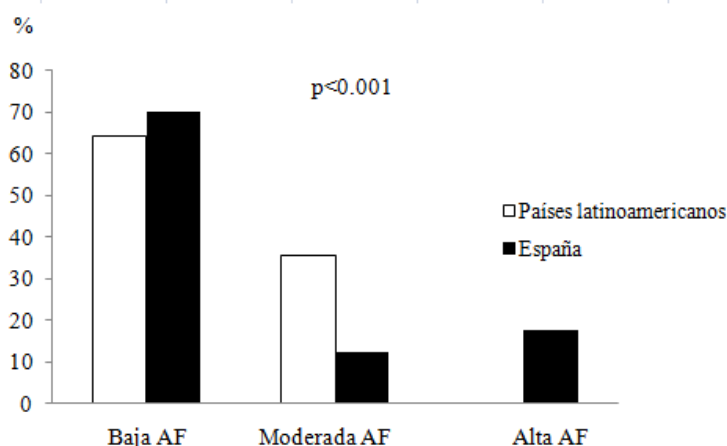


Figura 7. Nivel de AF por país de residencia en las mujeres.

En la tabla 9 se exponen los estadísticos descriptivos de los diferentes ítems del cuestionario BSQ teniendo en cuenta el país de residencia.

Tabla 9. Estadísticos descriptivos de los diferentes ítems del cuestionario BSQ teniendo en cuenta el país de residencia.

Ítems	Países latinoamericanos Media (DT)	España Media (DT)	p-valor
1. Cuando te has aburrido, ¿te has preocupado por tu figura?	2.98 (1.44)	3.27 (1.53)	0.162
2. ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?	3.12 (1.40)	2.74 (1.55)	0.026
3. ¿Has pensado que tenías los muslos, caderas o nalgas demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?	1.99 (1.19)	3.07 (1.70)	<0.001
4. ¿Has tenido miedo a engordar?	3.22 (1.54)	3.09 (1.51)	0.562
5. ¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?	3,16 (1.40)	2.80 (1.58)	0.025
6. Sentirte lleno (después de una gran comida), ¿te ha hecho sentir gorda?	2.51 (1.29)	1.71 (1.21)	<0.001
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?	1.35 (0.68)	1.35 (0.82)	0.455
8. ¿Has evitado correr para que tu carne no botara?	1.32 (0.61)	2.27 (1.35)	<0.001
9. Estar con chicos/as delgados/as, ¿te ha hecho fijar en tu figura?	1.48 (0.98)	2.18 (1.52)	<0.001
10. ¿Te ha preocupado que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?	1.39 (0.65)	1.50 (1.24)	0.693
11. El hecho de comer poca comida, ¿te ha hecho sentir gordo/a?	2.55 (1.27)	2.64 (1.37)	0.651
12. Al fijarte en la figura de otras chicos/as, ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?	2.48 (1.21)	1.66 (1.04)	<0.001
13. Pensar en tu figura, ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (¿cuándo miras la TV, lees o mantienes una conversación?	1.59 (1.00)	2.07 (1.16)	<0.001

14. Estar desnudo/a 2.58 (por ejemplo, cuando te duchas), ¿te ha hecho sentir gordo/a?	2.48 (1.26)	2.38 (1.48)	0.273
15. ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?	2.58 (1.35)	1.80 (1.28)	<0.001
16. ¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?	1.61 (0.86)	2.15 (1.37) ⁸	0.002
17. Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿te ha hecho sentir gordo/a?	2.27 (1.33)	1.50 (1.02)	<0.001
18. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?	1.31 (0.74)	1.64 (1.08)	0.011
19. ¿Te has sentido excesivamente gordo/a o redondeado/a?	1.82 (1.09)	2.38 (2.25)	0.019
20. ¿Te has sentido acomplejado/a por tu cuerpo?	2.07 (1.11)	2.55 (1.46)	0.013
21. Preocuparte por tu figura, ¿te ha hecho poner a dieta?	2.42 (1.23)	2.43 (1.45)	0.588
22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo, por la mañana)?	2.53 (1.52)	2.71 (3.09)	0.820
23. ¿Has pensado que la figura que tienes es debido a tu falta de autocontrol?	2.73 (1.64)	2.29 (1.45)	0.038
24. ¿Te ha preocupado que otra gente vea “salvavidas/rollos” alrededor de tu cintura o estómago?	2.60 (1.50)	1.81 (1.25)	<0.001
25. ¿Has pensado que no es justo que otras chicas/as sean más delgadas/as que tú?	1.20 (0.56)	1.11 (0.54)	0.071
26. ¿Has vomitado para sentirte más delgado/a?	1.09 (0.44)	1.33 (0.79)	0.001
27. Cuando estás con otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (¿por ejemplo, sentándote en un sofá o en el autobús)?	2.24 (1.34)	2.29 (1.58)	0.792
28. ¿Te ha preocupado que tu carne tenga piel de naranja (celulitis)?	1.78 (1.12)	1.92 (1.11)	0.150
29. Verte reflejado/a en un espejo o en un escaparate, ¿te ha hecho sentir mal por tu figura?	2.04 (1.17)	2.37 (1.32)	0.042

30. ¿Te has pellizcado zonas del cuerpo para ver cuánta grasa tenías?	2.18 (1.19)	2.01 (1.32)	0.111
31. ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo, en vestuarios comunes de piscinas o duchas)?	2.14 (1.29)	1.32 (0.80)	<0.001
32. ¿Has tomado laxantes para sentirte más delgado/a?	1.34 (0.99)	2.06 (1.12)	<0.001
33. ¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?	2.22 (1.19)	3.33 (1.70)	<0.001
34. La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio?	3.50 (1.52)	3.35 (0.80)	0.329

DT (Desviación típica)

En la tabla 10, se pueden observar los resultados del BSQ en sus 5 subescalas y la puntuación total del BSQ en los hombres y mujeres de los países latinoamericanos y españoles. No se detectan diferencias por países en relación al sexo en BSQ1, BSQ2, y BSQ3. Se observó que existen diferencias significativas ($p < 0.01$) en BSQ4 y BSQ5. Los españoles presentan mayor puntuación en IsC respecto a la parte inferior del cuerpo y mayor empleo de vómitos o laxantes para reducir la IsC. La prevalencia de IsC es muy baja, del 0.0% en universitarios latinoamericanos y del 1.6% en los españoles ($p = 0.161$).

Tabla 10. Estadísticos descriptivos de los diferentes factores del cuestionario BSQ teniendo en cuenta el país de residencia.

	Países latinoamericanos Media (DT)				España Media (DT)			
	Total	Hombres	Mujeres	p-valor	Total	Hombres	Mujeres	p-valor
BSQ1	16.84 (6.53)	17.03 (6.49)	16.65 (6.61)	0.766	15.67 (7.54)	16.38 (7.91)	15.21 (7.30)	0.365
BSQ2	8.62 (3.21)	8.54 (3.33)	8.70 (3.10)	0.826	8.87 (4.27)	9.10 (4.62)	8.72 (4.05)	0.587
BSQ3	4.44 (2.22)	4.45 (2.23)	4.43 (2.23)	0.965	4.80 (2.39)	4.90 (2.45)	4.73 (2.36)	0.700
BSQ4	3.60 (1.85)	3.37 (1.85)	3.45 (1.86)	0.437	4.30 (2.46)**	4.56 (2.82)	4.14 (2.19)	0.298
BSQ5	2.54 (1.27)	2.48 (1.30)	2.61 (1.24)	0.640	3.22 (1.80)**	3.40 (2.08)**	3.10 (1.59)	0.303
BSQ total	36.06 (12.26)	36.27 (12.34)	35.85 (12.29)	0.873	36.88 (16.51)	38.34 (17.72)	35.92 (15.70)	0.364

DT (Desviación típica). BSQ1: Preocupación por el peso. BSQ 2: Preocupación por los aspectos antiestéticos de la obesidad. BSQ 3: Insatisfacción y preocupación corporal general. BSQ 4. IsC respecto a la parte inferior del cuerpo. BSQ 5: Empleo de vómitos o laxantes para reducir la IsC. **p<0.01 con grupo de países latinoamericanos.

En la tabla 11 se exponen los estadísticos descriptivos de los diferentes ítems del cuestionario BSQ teniendo en cuenta el estado ponderal.

Tabla 11. Estadísticos descriptivos de los diferentes ítems del cuestionario BSQ teniendo en cuenta el estado ponderal.

Ítems	Bajo peso Media (DT)	Peso Normal Media (DT)	Sobrepeso Media (DT)	Obesidad Media (DT)	p-valor
1. Cuando te has aburrido, ¿te has preocupado por tu figura?	2.38 (1.31)	3.10 (1.52)	3.24 (1.54)	3.81 (1.38)	0.156
2. ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?	2.18 (1.25)	2.83 (1.55)	3.29 (1.40)	3.38 (1.46)	0.010
3. ¿Has pensado que tenías los muslos, caderas o nalgas demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?	3.08 (1.83)	2.56 (1.60)	2.34 (1.35)	3.19 (1.97)	0.372
4. ¿Has tenido miedo a engordar?	2.92 (1.78)	3.07 (1.59)	3.32 (1.47)	3.50 (1.59)	0.459
5. ¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?	2.25 (0.97)	2.99 (1.58)	2.97 (1.41)	4.00 (1.41)	0.025
6. Sentirte lleno (después de una gran comida), ¿te ha hecho sentir gorda?	1.67 (0.99)	2.05 (1.27)	2.37 (1.47)	2.50 (1.37)	0.167
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?	1.25 (0.45)	1.32 (0.75)	1.43 (0.85)	1.75 (0.86)	0.053
8. ¿Has evitado correr para que tu carne no botara?	1.75 (1.14)	1.95 (1.22)	1.51 (0.98)	1.94 (1.48)	0.037
9. Estar con chicos/as delgados/as, ¿te ha hecho fijar en tu figura?	1.40 (0.70)	1.87 (1.34)	1.72 (1.29)	2.56 (1.67)	0.136

10. ¿Te ha preocupado que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?	1.08 (0.29)	1.49 (1.14)	1.42 (0.82)	1.81 (0.83)	0.036
11. El hecho de comer poca comida, ¿te ha hecho sentir gordo/a?	2.33 (0.78)	2.56 (1.24)	2.48 (1.46)	3.75 (1.61)	0.024
12. Al fijarte en la figura de otros chicos/as, ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?	1.33 (0.49)	2.00 (1.13)	2.35 (1.38)	2.75 (1.07)	0.002
13. Pensar en tu figura, ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (¿cuándo miras la TV, lees o mantienes una conversación?	1.58 (0.67)	1.82 (1.07)	1.80 (1.21)	2.50 (1.46)	0.228
14. Estar desnudo/a (por ejemplo, cuando te duchas), ¿te ha hecho sentir gordo/a?	2.25 (1.36)	2.01 (1.19)	3.05 (1.32)	3.88 (1.26)	<0.001
15. ¿Has evitado usar ropa que marque tu figura?	1.58 (0.67)	2.04 (1.29)	2.54 (1.37)	3.06 (1.77)	0.003
16. ¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?	1.75 (0.75)	1.89 (1.19)	1.79 (1.10)	2.35 (1.66)	0.660
17. Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿te ha hecho sentir gordo/a?	1.25 (0.45)	1.81 (1.19)	2.24 (1.45)	2.06 (1.24)	0.030
18. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?	1.25 (0.62)	1.42 (0.84)	1.60 (1.05)	2.13 (1.54)	0.081
19. ¿Te has sentido excesivamente gordo/a o redondeado/a?	1.75 (1.22)	2.06 (2.08)	2.32 (1.40)	2.69 (1.58)	0.040
20. ¿Te has sentido acomplejado/a por tu cuerpo?	2.00 (1.21)	2.22 (1.26)	2.52 (1.45)	2.88 (1.71)	0.238

21. Preocuparte por tu figura, ¿te ha hecho poner a dieta?	2.75 (1.42)	2.30 (1.31)	2.66 (1.38)	2.94 (1.53)	0.126
22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo, por la mañana)?	1.92 (1.17)	2.42 (1.49)	3.31 (4.21)	2.75 (1.53)	0.177
23. ¿Has pensado que la figura que tienes es debido a tu falta de autocontrol?	1.50 (0.67)	2.36 (1.49)	3.00 (1.66)	3.19 (1.83)	0.002
24. ¿Te ha preocupado que otra gente vea “salvavidas/rollos” alrededor de tu cintura o estómago?	1.17 (0.58)	2.14 (1.42)	2.53 (1.47)	2.56 (1.50)	0.005
25. ¿Has pensado que no es justo que otras chicas/as sean más delgadas/as que tú?	1.08 (0.29)	1.17 (0.62)	1.19 (0.51)	1.13 (0.34)	0.678
26. ¿Has vomitado para sentirte más delgado/a?	1.00 (0.00)	1.25 (0.66)	1.21 (0.73)	1.38 (0.89)	0.327
27. Cuando estás con otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (¿por ejemplo, sentándote en un sofá o en el autobús?	1.92 (1.62)	1.89 (1.28)	2.83 (1.33)	4.12 (1.76)	<0.001
28. ¿Te ha preocupado que tu carne tenga piel de naranja (celulitis)?	1.50 (1.00)	1.58 (0.94)	2.17 (1.07)	3.75 (1.00)	<0.001
29. Verte reflejado/a en un espejo o en un escaparate, ¿te ha hecho sentir mal por tu figura?	2.18 (1.17)	2.16 (1.26)	2.37 (1.22)	2.63 (1.71)	0.509
30. ¿Te has pellizcado zonas del cuerpo para ver cuánta grasa tenías?	1.67 (0.99)	2.09 (1.28)	2.11 (1.16)	3.00 (1.56)	0.065

31. ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo, en vestuarios comunes de piscinas o duchas)?	1.25 (0.62)	1.63 (1.05)	2.08 (1.33)	1.94 (1.39)	0.025
32. ¿Has tomado laxantes para sentirte más delgado/a?	1.64 (0.67)	1.78 (1.15)	1.61 (1.10)	1.81 (1.38)	0.512
33. ¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?	2.83 (1.64)	2.83 (1.59)	2.61 (1.37)	3.31 (1.92)	0.700
34. La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio?	2.92 (0.90)	3.32 (1.25)	3.83 (1.20)	3.19 (0.91)	0.015

DT (Desviación típica).

En el análisis de los diferentes factores del cuestionario que observamos en la tabla 7, podemos observar que no se encuentran diferencias significativas según el estado ponderal.

Tabla 12. Estadísticos descriptivos de los diferentes factores del cuestionario BSQ
teniendo en cuenta el estado ponderal.

	Bajo peso Media (DT)	Peso Normal Media (DT)	Sobrepeso Media (DT)	Obesidad Media (DT)	p-valor
BSQ1	16.09 (8.98)	15.35 (7.17)	17.26 (6.42)	19.29 (6.04)	0.082
BSQ2	8.55 (4.99)	8.44 (3.78)	8.80 (3.46)	9.88 (3.46)	0.491
BSQ3	5.18 (2.56)	4.56 (2.40)	4.59 (2.16)	4.65 (2.06)	0.866
BSQ4	4.64 (2.84)	4.02 (2.31)	3.84 (2.06)	3.47 (1.59)	0.547
BSQ5	3.23 (1.90)	3.06 (1.63)	2.67 (1.39)	2.29 (0.92)	0.114
BSQ total	37.73 (20.56)	35.43 (15.08)	37.16 (12.64)	39.59 (11.55)	0.639

DT (Desviación típica). BSQ1: Preocupación por el peso. BSQ2: Preocupación por los aspectos antiestéticos de la obesidad. BSQ3: Insatisfacción y preocupación corporal general. BSQ4. IsC respecto a la parte inferior del cuerpo. BSQ5: Empleo de vómitos o laxantes para reducir la IsC.

En la tabla 13 se exponen los estadísticos descriptivos de los diferentes ítems del cuestionario BSQ teniendo en cuenta el nivel de AF.

Tabla 13. Estadísticos descriptivos de los diferentes ítems del cuestionario BSQ
teniendo en cuenta el nivel de AF

Ítems	Bajo AF Media (DT)	Moderada AF Media (DT)	Alta AF Media (DT)	p-valor
1. Cuando te has aburrido, ¿te has preocupado por tu figura?	3.06 (1.43)	3.21 (1.55)	3.29 (1.68)	0.716
2. ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?	2.85 (1.51)	3.10 (1.44)	2.89 (1.50)	0.444
3. ¿Has pensado que tenías los muslos, caderas o nalgas demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?	2.47 (1.57)	2.44 (1.56)	3.21 (1.50)	0.023
4. ¿Has tenido miedo a engordar?	3.11 (1.53)	3.24 (1.46)	3.19 (1.67)	0.751
5. ¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?	3.01 (1.60)	3.03 (1.32)	2.64 (1.42)	0.465
6. Sentirte lleno (después de una gran comida), ¿te ha hecho sentir gorda?	2.10 (1.33)	2.38 (1.34)	1.39 (0.79)	0.001
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?	1.35 (0.73)	1.41 (0.87)	1.21 (0.57)	0.472
8. ¿Has evitado correr para que tu carne no botara?	1.83 (1.20)	1.68 (1.13)	2.14 (1.04)	0.030
9. Estar con chicos/as delgados/as, ¿te ha hecho fijar en tu figura?	1.95 (1.41)	1.52 (1.04)	2.00 (1.39)	0.051
10. ¿Te ha preocupado que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?	1.42 (0.82)	1.48 (0.75)	1.54 (1.95)	0.218

11. El hecho de comer poca comida, ¿te ha hecho sentir gordo/a?	2.62 (1.34)	2.64 (1.37)	2.32 (1.09)	0.634
12. Al fijarte en la figura de otras chicos/as, ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?	2.10 (1.24)	2.28 (1.17)	1.29 (0.54)	<0.001
13. Pensar en tu figura, ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (¿cuándo miras la TV, lees o mantienes una conversación?	1.89 (1.16)	1.66 (1.07)	1.96 (0.92)	0.104
14. Estar desnudo/a (por ejemplo, cuando te duchas), ¿te ha hecho sentir gordo/a?	2.32 (1.32)	2.68 (1.33)	2.43 (1.67)	0.123
15. ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?	2.12 (1.37)	2.53 (1.39)	1.57 (1.03)	0.001
16. ¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?	1.92 (1.27)	1.69 (0.95)	2.11 (1.07)	0.192
17. Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿te ha hecho sentir gordo/a?	1.8 (1.22)	2.24 (1.37)	1.14 (0.36)	<0.001
18. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?	1.49 (1.00)	1.43 (0.84)	1.61 (0.92)	0.576
19. ¿Te has sentido excesivamente gordo/a o redondeado/a?	2.03 (1.35)	2.00 (1.20)	2.79 (3.94)	0.665
20. ¿Te has sentido acomplexado/a por tu cuerpo?	2.30 (1.36)	2.25 (1.14)	2.61 (1.57)	0.649
21. Preocuparte por tu figura, ¿te ha hecho poner a dieta?	2.38 (1.39)	2.53 (1.24)	2.43 (1.35)	0.541

22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo, por la mañana)?	2.48 (1.56)	2.54 (1.52)	3.54 (5.91)	0.835
23. ¿Has pensado que la figura que tienes es debido a tu falta de autocontrol?	2.58 (1.66)	2.53 (1.41)	2.04 (1.23)	0.308
24. ¿Te ha preocupado que otra gente vea “salvavidas/rollos” alrededor de tu cintura o estómago?	2.10 (1.44)	2.60 (1.36)	1.68 (1.28)	0.001
25. ¿Has pensado que no es justo que otras chicas/as sean más delgadas/as que tú?	1.19 (0.64)	1.12 (0.41)	1.07 (0.26)	0.660
26. ¿Has vomitado para sentirte más delgado/a?	1.25 (0.73)	1.16 (0.54)	1.18 (0.48)	0.582
27. Cuando estás con otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (¿por ejemplo, sentándote en un sofá o en el autobús)?	2.15 (1.41)	2.44 (1.45)	2.46 (1.80)	0.365
28. ¿Te ha preocupado que tu carne tenga piel de naranja (celulitis)?	1.79 (1.11)	2.00 (1.20)	1.86 (0.89)	0.335
29. Verte reflejado/a en un espejo o en un escaparate, ¿te ha hecho sentir mal por tu figura?	2.21 (1.29)	2.21 (1.15)	2.25 (1.38)	0.963
30. ¿Te has pellizcado zonas del cuerpo para ver cuánta grasa tenías?	2.04 (1.27)	2.32 (1.30)	1.79 (1.03)	0.109
31. ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo, en vestuarios comunes de piscinas o duchas)?	1.62 (1.06)	2.15 (1.34)	1.14 (0.45)	<0.001

32. ¿Has tomado laxantes para sentirte más delgado/a?	1.78 (1.19)	1.46 (0.98)	2.07 (0.86)	<0.001
33. ¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?	2.75 (1.59)	2.51 (1.34)	3.75 (1.76)	0.005
34. La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio?	3.44 (1.19)	3.40 (1.36)	3.41 (0.83)	0.952

DT (Desviación típica).

En la tabla 14 se muestran los resultados de la escala BSQ por el nivel de AF realizada. Se puede observar que no hay una diferencia significativa entre los diferentes niveles de AF de los participantes en la escala total BSQ.

Tabla 14. Estadísticos descriptivos de los diferentes factores del cuestionario BSQ
teniendo en cuenta el nivel de AF.

	Bajo AF Media (DT)	Moderada AF Media (DT)	Alta AF Media (DT)	p-valor
BSQ1	16.32 (7.34)	16.27 (6.29)	15.92 (7.35)	0.082
BSQ2	8.67 (3.76)	8.78 (3.43)	9.04 (4.84)	0.491
BSQ3	4.57 (2.16)	4.65 (2.44)	4.85 (2.94)	0.866
BSQ4	3.90 (2.12)	3.94 (2.11)	4.38 (2.93)	0.547
BSQ5	2.91 (1.70)	2.73 (1.26)	3.27 (1.66)	0.114
BSQ total	36.36 (14.81)	36.35 (12.55)	37.46 (17.71)	0.639

DT (Desviación típica). BSQ1: Preocupación por el peso. BSQ 2: Preocupación por los aspectos antiestéticos de la obesidad. BSQ 3: Insatisfacción y preocupación corporal general. BSQ 4. IsC respecto a la parte inferior del cuerpo. BSQ 5: Empleo de vómitos o laxantes para reducir la IsC.

5. Discusión

Este estudio ha tenido como objetivo principal analizar la asociación entre el nivel de AF, el estado ponderal y la satisfacción de la IC en adultos latinoamericanos y españoles con estudios universitarios. El hallazgo más importante es que se han encontrado diferencias significativas en el nivel de AF entre los participantes de Latinoamérica y España. Los españoles presentaron mayor nivel de AF intensa con diferencias significativas respecto a los latinoamericanos en ambos sexos. A su vez los universitarios españoles muestran menor prevalencia de sobrepeso y obesidad. En la percepción de la satisfacción de la IC se encontraron diferencias significativas en la IsC respecto a la parte inferior del cuerpo. También se encontraron diferencias significativas en el empleo de vómitos o uso de laxantes para reducir la IsC entre los participantes españoles y latinoamericanos.

Numerosos estudios muestran que en los adultos para que la AF sea beneficiosa para la salud, hay que realizarla un mínimo de cinco veces por semana a una intensidad moderada durante al menos 30 minutos diarios (ACSM, 1998; Haskell et al., 2007; US Department of Health and Human Services, 2008). En este sentido, en el presente estudio se encontró que los participantes españoles muestran un mayor número de sesiones de entrenamiento físico que los participantes latinoamericanos. Los españoles practican 3,54 sesiones semanales y los latinoamericanos 2,44 sesiones semanales. También se encontró que la duración de las sesiones de entrenamiento físico de los españoles es mayor que la de los latinoamericanos. La duración de cada sesión de entrenamiento físico de los españoles es de 65.91 minutos y la de los de latinoamericanos es de 50.36 minutos. A su vez los universitarios españoles, tanto hombres como mujeres muestran una mayor prevalencia de alta AF.

No se encontraron estudios similares que analicen los datos desde esta perspectiva pero en un estudio de frecuencia, duración, intensidad y niveles de AF realizado en Monterrey, México, (2014) con 1.008 personas mayores de 15 años se encontró que sólo el 26% de la muestra cumplía con lo mínimo para recibir beneficios de la AF. El 74% mencionaron ser inactivos o tener niveles de AF insuficientes para generar efectos saludables. Al especificar el grupo de universitarios en el mismo estudio se determinó que el 40,4% realizaba AF de intensidad baja, el 33,7% de intensidad moderada y el 25,8% de intensidad alta. (Zamarripa-Rivera, Ruiz-Juan, López-Walle y Fernández-Baños, 2014).

Además, en el presente estudio se observó que entre los universitarios latinoamericanos y españoles no hay diferencia entre los sexos con respecto a la participación en AF. En un estudio realizado por el Centro de Investigaciones Sociológicas (2005) se observa que respecto a la práctica de AF regular en España los resultados son similares a este estudio mostrando un leve porcentaje superior en las mujeres (49,1%) que en los hombres (48,7%). Esto difiere con un estudio realizado en Madrid por Martín, Barripedro, Martínez del Castillo, Jiménez-Beatty y Rivero-Herráiz (2014) donde el 57% de los hombres y el 50,3% de las mujeres respondieron que realizan algún tipo de AF durante la semana.

Además, en un estudio realizado con una muestra de 550 médicos en Argentina, se encontró que el 37,5% realizan AF baja, el 57,5% realizan AF moderada y el 5% realizan AF intensa (Lobo et al., 2014). En un estudio realizado en Chile sobre el nivel de intensidad de AF se observó que el 22,4% realizan AF baja, el 66,6% realizan AF moderada y el 11,0% realizan AF intensa (Serón, Muñoz y Lanas, 2010). Comparando con otros datos publicados sobre la prevalencia de AF en adultos de los países incluidos en el presente estudio, se observa que el 33,4% de los latinoamericanos y el 30,5% de los españoles realizan AF baja y que el 66,6% de los latinoamericanos y el 69,5% de los españoles realizan AF moderada y alta (WHO, 2015b).

En Perú, al estudiar la AF y el sedentarismo en 342 estudiantes de la facultad de medicina de la Universidad de San Martín de Porres, se encontró que el 65,2% cumplían las recomendaciones mundiales de AF de la OMS para la salud teniendo niveles de AF moderada a alta (Oré, 2015). En Colombia, en el contexto de una muestra de 306 estudiantes de una población de 4.436 estudiantes matriculados en el año 2013 en la Universidad de Bucaramanga, se encontró una prevalencia de AF de 33,8% (Caballero, Sánchez y Delgado, 2015). En Argentina, el estudio de AF y hábitos de salud en estudiantes el 79,8% de los 554 participantes estudiantes de distintas carreras de la Universidad Nacional de la Matanza cumplían con las recomendaciones de AF (Ugidos, Laíño, Zelarayán y Márquez, 2014). En España, un estudio del que participaron 901 estudiantes del curso 2013/2014 en la Universidad de Extremadura observó que el 48,61% de los encuestados cumplía con las recomendaciones de la OMS (Práxedes, Sevil, Moreno, Villar, García-González, 2016). En México, un estudio con 563 estudiantes de la Universidad Autónoma de Zacatecas en el periodo 2012-2013, el 91% practicaba AF moderada o vigorosa más de media hora al día, pero solo el 30,5% de estos al menos 5 días a la semana (Montaño, Ortiz, Espino y Balderas, 2013).

La OMS en su estrategia «Salud para todos en el año 2010», incluyó entre sus objetivos la reducción de la prevalencia de sobrepeso y obesidad, así como el incremento de la práctica de AF moderada diaria, de modo que se realicen al menos durante 30 minutos. Cualquier práctica deportiva parcial debería ajustarse a las recomendaciones del Colegio Americano de Medicina del Deporte (ACSM, 2011) para personas adultas: ejercicio cardiorrespiratorio de moderada intensidad durante ≥ 30 minutos, 5 días por semana para un total de ≥ 150 minutos semanales o práctica de ejercicio cardiorrespiratorio de intensidad vigorosa durante ≥ 20 min, 3 días a la semana (≥ 75 minutos semanales), o una combinación de ejercicios de moderada y vigorosa intensidad para lograr un gasto energético total de ≥ 500 -1000 MET por minutos

semanales. Además, en dos a tres días a la semana, los adultos deben también realizar ejercicios de resistencia para cada uno de los principales grupos musculares y ejercicios neuromotores que impliquen equilibrio, agilidad y coordinación, completando una serie de ejercicios de flexibilidad para cada uno de los principales grupos musculares (en ≥ 2 días a la semana) (Garber et al. 2011).

Según Rosa, Ordax y Olea, (2006) el 70% de la población de países desarrollados no realizan la cantidad suficiente de AF para poder mantenerse saludables, y en España las últimas encuestas nacionales de salud exponen que cerca del 80% de la población no realiza la cantidad suficiente de AF. Tercedor et al., (2007) en el estudio AVENA evidenciaron que un 59,2% de los adolescentes son activos, registrándose diferencias significativas en los varones que con el 71,1% son activos en relación a las mujeres con solo 46,7%. El Centro de Excelencia en Salud Cardiovascular para América del Sur (CESCAS) (2010) condujo un estudio para saber las variaciones de AF entre los sexos. Los resultados demostraron que en promedio los hombres son más propensos a realizar AF. De acuerdo con el estudio, el 77% de los hombres realizan AF mientras que en las mujeres el porcentaje es del 68%. En 2010, a nivel mundial, alrededor del 23% de los adultos no se mantenían suficientemente activos, un 20% de los hombres y un 27% de las mujeres.

La AF regular proporciona beneficios significativos para la salud, reduciendo el riesgo de la mayoría de las enfermedades crónicas no transmisibles y contribuyendo a la salud mental y al bienestar general (Cavill, Kahlmeier y Racioppi. (2006). Los beneficios para la salud de la AF moderada e intensa deben enfatizarse. Si los grupos con bajo nivel de AF fueran facultados para participar en alguna actividad esto produciría grandes beneficios a la salud. Los entornos sociales y físicos deben ser diseñados de manera que la AF pueda integrarse de forma segura y sencilla en la vida diarias de las personas, por ejemplo la planificación urbana

y los sistemas integrados de transporte para promover la caminata y el ciclismo (Edwards y Tsouros, 2006).

En 2013, la Asamblea Mundial de la Salud acordó una serie de metas mundiales de aplicación voluntaria que disminuiría en un 10% la inactividad física para 2025 (OMS, 2017a). En la práctica del deporte y en la práctica de AF es natural que se encuentren características diferentes entre los hombres y las mujeres. Una de estas características es que por lo general el hombre realiza más AF que las mujeres, aunque estudios más recientes están demostrando que en los últimos años el nivel de AF en las mujeres se está incrementando (Ibarzábal, 2013).

Por otro lado, otro hallazgo relevante de este estudio indica que los universitarios españoles presentan menor prevalencia de sobrepeso y obesidad que los latinoamericanos. En sobrepeso, los españoles presentan una menor prevalencia con 22,3% que los latinoamericanos con 39%. En obesidad, los españoles presentan una menor prevalencia con 8,6% que los latinoamericanos con 11%. En relación al peso normal, los españoles presentan una mayor prevalencia con 68% que los latinoamericanos con 53%. En relación al peso bajo los españoles presentan mayor prevalencia con 7% que los latinoamericanos con 2%. Este estudio encontró menor prevalencia de sobrepeso (22,3%) en España que en los datos de la WHO del 2014 (37,1%) y el estudio de la Encuesta Europea de Salud de España (ESEE) del 2014 (36%). También encontró menor prevalencia de obesidad (8,6%) que los datos de la WHO del 2014 (23,7%) y el estudio de la ESEE del 2014 (17%). La prevalencia de sobrepeso encontrada en los Latinoamericanos que participaron en el estudio es de (39%) estando en línea con la prevalencia publicada por la WHO del 2014 para los mismos países que es el (35,9%), pero en la prevalencia de obesidad se encontraron valores inferiores (11%) comparados a los datos de la WHO (25%). Los resultados de este estudio están en línea con los mencionados estudios al encontrar menor prevalencia de obesidad que de sobrepeso tanto

en España como en los países de Latinoamérica estudiados (WHO, 2017, 2017^a; EESE, 2014).

Como hemos visto la obesidad es un problema de salud pública que afecta a todos los países mundialmente (Chescheir, 2011). La obesidad en la infancia y la adolescencia es un creciente problema de salud pública (UNICEF-Cuba, 2015).

La práctica de AF se ha considerado como una alternativa para prevenir hábitos de vida insanos (Munera, Campos, Martínez, Arévalo, Pinillos y Román, 2016). En este sentido y teniendo en cuenta a los hábitos de vida relacionados con la salud en este estudio se observó que los españoles a pesar de practicar más AF, consumen más tabaco y alcohol, por el contrario y en consonancia con el mayor nivel de alta AF, los universitarios españoles presentan menor prevalencia de sobrepeso y obesidad. Un estudio realizado por Ordax, De Abajo y Márquez (2004), dividió a los participantes en cuatro categorías según el tiempo dedicado diariamente a la práctica deportiva. Se estudió la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol en los sujetos que realizaban más o menos AF. Se encontró que los alumnos que realizaban más deporte eran los que consumieron menos alcohol y el consumo de tabaco se relacionaba con una disminución de la condición física general (Milnerowicz, Sliwinska-Mosson y Kasprzyk, 2007). Algunas investigaciones también hacen referencia a una relación directa del consumo de tabaco con la disminución de la fuerza muscular (Kok, Hoekstra y Twisk, 2012; Misigoj-Durakovi, Bok y Soric, 2012). Por tanto, el tabaquismo, el consumo de alcohol y la práctica de AF son conductas que parecen estar inversamente relacionadas (Ruiz-Risueño, Ruiz-Juan, y Zamarripa, 2012; Ruiz-Juan, Cruz-Sánchez, y García-Montes, 2009) pero esta relación es a menudo atenuada o revertida en los adolescentes y los hombres que practican más deporte o ejercicio más vigoroso (Johnson et al. 2009; Kaczynski, Manske, Mannell, y Grewal, 2008; Rodríguez et al. 2010). VanKim, Laska, Ehlinger, Lust y Story

(2010) informan que los mayores niveles de AF moderada y vigorosa se asocian con mayores niveles de consumo de alcohol y menores niveles de tabaquismo. Rodríguez et al. (2010) señalan además mayores tasas de sedentarismo durante el tiempo libre entre las personas fumadoras.

A pesar de las diferencias observadas en estado ponderal, nivel de AF y hábitos de vida entre los universitarios latinoamericanos y españoles de este estudio, en la percepción subjetiva del estado de salud, no se encuentran diferencias significativas entre los países de residencia. A pesar que la prevalencia de consumo de tabaco en los residentes españoles era más elevada, recientes encuestas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España (2014) muestran una tendencia descendente de la prevalencia del consumo diario de tabaco en todos los grupos de edad y en ambos sexos. En el único grupo que no se aprecia una disminución es en el grupo de entre 15 y 34 años de edad, especialmente en las mujeres. Distintos estudios conducidos en los últimos años confirman que las conductas de consumo de tabaco se instituyen cada vez más temprano iniciándose en la adolescencia (Leatherdale, McDonald, Cameron y Brown, 2005).

Por último, en relación a la IC el presente estudio mostró que no hay diferencias significativas en BSQ1 (Preocupación por el peso), BSQ2 (Preocupación por los aspectos antiestéticos de la obesidad) y BSQ3 (Insatisfacción y preocupación corporal general) en las respuestas de los participantes de todos los países agrupados por sexo. Donde se observan diferencias significativas es en BSQ4 (IsC respecto a la parte inferior del cuerpo) y BSQ5 (Empleo de vómitos o laxantes para reducir la IsC). Los participantes españoles presentan una mayor IsC con respecto a la parte inferior del cuerpo, y como consecuencia emplean vómitos o laxantes para reducir esa IsC en cuantía mayor que los latinoamericanos encuestados. Otro estudio con participantes de España mostró un grado de satisfacción con la IC moderadamente positiva considerando el estado ponderal, pero con una leve inclinación a

estar menos satisfechos con la IC cuando consideran la composición corporal como la musculatura (Molina et al., 2015). Estudios previos demuestran que las mujeres manifiestan tener más preocupación por la IC que los hombres (Algars et al., 2009; Mellor, Fuller-Tyszkiewicz, McCabe, y Ricciardelli, 2010). En Estados Unidos, los datos de prevalencia de IsC en adultos confirman la tendencia superior en mujeres pero a su vez son resultados muy dispares (11% - 72% para las mujeres y 8% - 61% para los hombres); parte de esta variación puede deberse a aumentos en la IsC a lo largo del tiempo o debido a que los estudios presenten problemas metodológicos como la falta de aleatoriedad, el tipo de muestras seleccionadas o la falta de coherencia en la conceptualización y en las herramientas de medición de la IsC (Fiske, Fallon, Blissmer, y Redding, 2014). En otro estudio similar a éste que comparaba la IsC entre adolescentes españolas y latinoamericanas de diferentes países demostró, contrariamente a este estudio que las participantes latinoamericanas presentaban mayores niveles de IsC consecuencia de la influencia de factores socioculturales (Rodríguez y Cruz, 2008). Los bajos niveles de prevalencia de IsC en este estudio, podrían deberse al alto nivel de estudios de los participantes, aunque von Lengerke y Mielck (2012) señalan que en mujeres los altos niveles educativos se asociaban con mayores niveles de IsC.

Teniendo en cuenta la IC y el estado ponderal, en este estudio no se encuentra ninguna asociación. Sin embargo, y en un estudio similar a éste donde se comparaban adolescentes de diferentes países latinoamericanos y españolas, Rodríguez y Cruz (2008) muestran una evidente relación entre el IMC y la IsC. En este sentido y con una población adolescente mexicana, Trejo et al., (2010) indican que el IMC es un factor asociado a la IsC y que los adolescentes con mayor IMC y del sexo femenino son los más susceptibles a sentirse insatisfechos. Igualmente Casillas, Montaña, Reyes, Bacardi y Jiménez (2006) señalaron una correlación positiva entre el grado de IsC y el IMC ($r=0.54$). Además, Bully, Elosua, y López Jáuregui (2012) encuentran efecto diferencial de la categoría del IMC en la IsC en mujeres

adolescentes. Igualmente, Varnado-Sullivan, Horton, y Savoy (2006) señalan asociación entre las categorías del IMC e IsC tanto en hombres y mujeres, destacando que los hombres con sobrepeso presentan niveles más elevados de preocupación por la IC. A su vez, Arroyo et al., (2008) observaron una correlación positiva entre el grado de insatisfacción con el porcentaje de grasa corporal y el IMC. Otros autores (Streeter et al., 2012) confirman la asociación positiva entre el IMC, el porcentaje de masa grasa y la IsC sobre todo en mujeres.

Finalmente, en este estudio tampoco se encuentra asociación entre los niveles de AF y la IsC. Esnaola y Revuelta (2009) tampoco encuentran asociación entre la práctica deportiva y la IsC. Sin embargo, Gómez y Núñez (2007) sí encuentran asociaciones moderadas entre AF e IsC en los adolescentes siendo el grupo de mujeres en el que se observan mayores asociaciones.

En un estudio sobre motivos para la práctica físico-deportiva en mujeres se observa cómo la preocupación por la mejora de la apariencia física podría estar provocada por una necesidad de valoración o estima de la mujer por parte de la sociedad. No obstante, destaca que pese a las asociaciones encontradas entre los diferentes motivos para las mujeres practicantes de AF, el análisis mostró que existían diferencias significativas para los motivos de salud y desarrollo de la habilidad (Moreno-Murcia, Marcos-Pardo y Huéscar, 2016). Goikoetxea (2015) al estudiar la IsC y la práctica de AF y deportiva en adolescentes de Gipuzkoa, España no pudo constatar que la ni la duración ni la intensidad de la practica de AF afectara a la IsC.

6. Conclusiones finales

Teniendo en cuenta el nivel de AF, se observa que los españoles con estudios universitarios presentan una mayor prevalencia de alta AF comparados con los latinoamericanos con estudios universitarios de los países de este estudio, presentando además, diferencias significativas tanto en el número de sesiones semanales de AF como en la duración de éstas.

Teniendo en cuenta el estado ponderal, se observa que los españoles universitarios del estudio presentan menor prevalencia de sobrepeso y obesidad que los latinoamericanos universitarios del estudio. Asimismo se observa que los españoles presentan mayor prevalencia de peso normal y peso bajo que los latinoamericanos. Se encuentran diferencias significativas en la comparativa de los hombres españoles con los latinoamericanos pero no se encuentran diferencias significativas en la comparativa de las mujeres españolas con las latinoamericanas. Tampoco se encuentran diferencias significativas en la comparación del estado ponderal entre sexos en España, pero sí entre los latinoamericanos presentando las mujeres menor prevalencia de sobrepeso y obesidad que los hombres.

Teniendo en cuenta la IC, se observan diferencias significativas en BSQ4 y BSQ5. Los participantes españoles presentan mayor IsC con respecto a la parte inferior del cuerpo que los latinoamericanos y la prevalencia del empleo de vómitos o laxantes para reducir la IsC, es mayor en los españoles que en los latinoamericanos encuestados. Asociando la IC y el estado ponderal, en este estudio no se encuentra ninguna asociación. En este estudio tampoco se encuentra asociación entre los niveles de AF y la IsC. Los bajos niveles de prevalencia de IsC en este estudio, podrían deberse al alto nivel de estudios de los participantes.

Teniendo en cuenta los hábitos de vida relacionados con la salud, los españoles presentan menos sobrepeso y obesidad pero sin embargo consumen más alcohol y tabaco que los latinoamericanos de nuestro estudio.

Si bien los resultados de este estudio no se pueden generalizar a toda la población, se muestran como antecedentes para futuros estudios. Se requieren más investigaciones que ayuden a comprender y profundizar los fenómenos estudiados. Es trascendente reconocer los niveles de AF, el sobrepeso y la obesidad, así también como la satisfacción con la IC como factores claves en el desarrollo de los conceptos integrales de la CV y la salud.

7. Perspectivas de Futuro

El presente trabajo, ha permitido obtener una perspectiva general del nivel de práctica de AF, de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad y de la satisfacción con la IC que tiene la población adulta con estudios universitarios en España y en una selección de países de Latinoamérica. En el futuro para poder tener una comprensión más amplia de la CV en relación con la AF, el estado ponderal y la satisfacción con la IC, la investigación se debería extender a una población mayor e incluir otros elementos que influyen sobre las personas como el interés de llegar a estar físicamente en nivel óptimo, la motivación o razón para la práctica de AF, el tiempo libre con el cual cuentan diariamente, las influencias externas de la sociedad y los obstáculos a superar para la realización de AF.

De los datos obtenidos, proponer propuestas y modelos de intervención que motiven y produzcan un cambio de conducta del sedentarismo hacia la práctica diaria de AF. Fomentar la cooperación, el trabajo en equipo de los que llevan adelante las investigaciones con los responsables de las comunidades, las escuelas y las familias hacia una mejor CV donde se resalte la AF. Buscar el apoyo de sectores como salud, planificación urbana, medio ambiente, comercialización de alimentos y educación. Emprender más campañas de motivación hacia la práctica de AF con más demostración de los beneficios de una vida saludable. Al trabajar junto a la comunidad, los profesionales, los médicos, los docentes y los padres, se podrá aumentar la AF y disminuir el sedentarismo. Para conseguir resultados positivos, la detección y la acción tempranas son esenciales. Es importante concientizar a la población latinoamericana y española sobre la necesidad de incorporar la AF como parte de la rutina diaria. Al incorporar la AF la CV de cada persona mejorará.

8. Referencias

- Abad, F., Rivero, J., Fandiño, E., Vera, J. O., de Vera, M. y Montero, L. (2012). Percepción de la propia imagen corporal en pacientes obesos o con sobrepeso. *ENE, Revista de Enfermería*, 6(2), 24-31
- Abarca-So, A. et al. (2015). La Educación Física: ¿Una oportunidad para la promoción de la actividad física? *RETOS. Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 28, 5.
- Algars, M., Santtila, I., Varjonen, M., Witting, K., Johansson, A., Jern, P., et al. (2009). The adult body: How age gender and body mass index are related to body image. *Journal of Aging and Health* 8 (21), 1112-1132.
- Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J. M. (1995). Cuestionario de salud SF-36. Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-6.
- Amador, O., Contreras, F., Fernández, H., Sandín, B., Tamayo, R. E., Tobón, S., et al. (2005). Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de síndromes de colon irritable. *Terapia Psicológica*, 23(2), 65-74.
- American College of Sport Medicine (ACSM). (1998). The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness and flexibility in healthy adults. *Med Sci Sport Exerc*, 30(6), 975-991.
- American College of Sport Medicine (ACSM), 2011. ACSM issues new recommendations on quantity and quality of exercise. Recuperado de <http://http://acsm.org/about-acsm/media-room/news-releases/2011/08/01/acsm-issues-new-recommendations-on-quantity-and-quality-of-exercise>

- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35 (2), 161-164
- Argentina en Movimiento (2000). Hábitos deportivos de la población Argentina – 2000, investigación realizada por la Secretaría de Turismo y Deporte de la Nación, con el soporte calificado del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).
- Arroyo, M., Ansotegui, L., Pereira, E., Lacerda, F., Valador, N., Serrano, L., y Rocandio, A. M. (2008). Valoración de la composición corporal y de la percepción de la imagen en un grupo de mujeres universitarias del País Vasco. *Nutrición Hospitalaria*, 23 (4), 366-372.
- Ávalos, M. L., Reynoso, L., Colunga, C., Oropeza, R. y González, M. A. (2014). Relación del índice de masa corporal, actividades físicas y sedentarias en escolares. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17(3), 978-996.
- Badía, X., Salamero, M., y Alonso, J. (2002). *La medida de la salud: Guía de escalas de medición en español*. (3a ed.) Barcelona: Fundación Lilly.
- Baile, J. I., Guillén, F. y Garrido, E. (2002). Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): Efecto del anonimato el sexo y la edad. *International Journal of clinical and Health psychology*, 2(3), 439-450.
- Banco Mundial. (2013). Obesidad en Latinoamérica: ¿Somos los más pesados del mundo? Recuperado de:
<http://www.bancomundial.org/es/news/feature/2013/11/19/obesidad-america-latina>

- Barreto, S. M., Miranda, J. M., Figueroa, M., Schmidt, M. I., Muñoz, S., Kuri-Morales, P. et al. (2012). "Epidemiology in Latin America and the Caribbean: Current Situation and Challenges". *International Journal of Epidemiology* 41(2): 557–571.
- Barroso, T., Mendes, A. y Barbosa, A. (2009). Análisis del fenómeno del consumo de alcohol entre adolescentes: estudio realizado con adolescentes del 3º ciclo de escuelas públicas. *Revista Latino-Americana*, 17(3), 1-8.
- Bauman, A., Ainsworth, B. E., Bull, F., Craig, C. L., Hagströmer, M., Sallis, J. F. y Sjöström, M. (2009). Progress and pitfalls in the use of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) for adult physical activity surveillance. *Journal of Physical Activity and Health*, 6(s1), S5-S8.
- Beltrán-Carrillo, V. J., Devís-Devís, J., y Peiró-Velert, C. (2012). Actividad física y sedentarismo en adolescentes de la Comunidad Valenciana. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 12(45), 16.
- Benowitz-Fredericks, C. A., García, K., Massey, M., Vasagar, B. y Borzekowski, D. L. (2012). Body image, eating disorders, and the relationship to adolescent media use. *Pediatric Clinics of North America*, 59(3), 693-704.
- Biswas, A., Oh, P. I., Faulkner, G. E., Bajaj, R. R., Silver, M. A., Mitchell, M. S. y Alter, D. A. (2015). Sedentary time and its association with risk for disease incidence, mortality, and hospitalization in adults: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*, 162(2), 123-132.
- Blain, H., Vuillemin, A., Blain, A., y Jeandel, C. (2000). The preventive effects of physical activity in the elderly. *Presse Medicale*, 29(22), 1240-1248.

- Boiche, J. y Sarrazin, P. (2009). Proximal and distal factors associated with dropout versus maintained participation in organized sport. *Journal of Sports Science and Medicine*, 8(1), 1-16.
- Bonilha V., Antunes, H. K., Giménez de Borba, P. R., De Mello Santiago, M. L., Tufik, S. y De Mello, M. T. (2011). Negative addiction to exercise: are there differences between genders? *Clinics*, 66(2), 255-260.
- British Broadcasting Corporation (BBC). (2015, julio). Monteiro, M. [Entrevista con Jesús Moreno]. Los países que más beben en América Latina: la dramática radiografía del consumo de alcohol en la región. Recuperado de www.bbc.com/mundo/noticias/2015/07/150723_consumo_alcohol_latinoamerica_muertes_paises_jm
- Bully, P., Elosua, P. y López-Jáuregui, A. (2012). Insatisfacción corporal en la adolescencia: Evolución en una década. *Anales de psicología*, 28 (1), 196-202.
- Burnette, J. L. y Finkel, E. (2012). Buffering against weight gain following dieting setbacks: An implicit theory intervention. *Journal of Experimental Social Psychology*, 48, 721-725. DOI: 10.1016/j.jesp.2011.12.020.
- Caballero, L. G. R., Sánchez, L. Z. R. y Delgado, E. M. G. (2015). Sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios colombianos y su asociación con la actividad física. *Nutr Hosp.* 31(2), 629-636
- Cabrera, A. J. C. y Hernández, L. A. (2016). El envejecimiento oxidativo inflamatorio: una nueva teoría con implicaciones prácticas. *MediSur*, 14(5), 591-599. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000500017

- Calado, M., Lameiras, M. y Rodríguez, Y. (2004). Influencia de la imagen corporal y la autoestima en la experiencia sexual de estudiantes universitarias sin trastornos alimenticios. *Internacional Journal of clinical and Health psychology*, 4, (2), 357-370.
- Calado, M., Lameiras, M. Sepúlveda, A. R., Rodríguez, Y. y Carrera, M. V. (2010). The mass media exposure and disordered eating behaviours in Spanish secondary students. *Eur Eat Disord rev*, 18(5), 417-427.
- Cambronero, M., Blasco, J. E., Chiner, E. y Lucas-Cuevas, A. G. (2015). Motivos de participación de los estudiantes universitarios en actividades físico-deportivas. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 10(2), 22-39.
- Carta de Ottawa. (1986). Promoción de la salud. Recuperado de <http://www.oGI,IEF/AObuag/HPP/OtawaCharterSp.pdf>
- Cash, T. F. y Fleming, E. C. (2002). The impact of body-image experiences: Development of the Body Image Quality of Life Inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 455– 460.
- Casillas, M. E., Montaña, N. C., Reyes, V. V., Bacardí, M. y Jiménez, A. C. (2006). A mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal. *Revista Biomédica*, 17, 243-249.
- Castillo, M. J., Ortega, F. B., y Ruiz, J. (2005). Mejora de la forma física como terapia antienvejecimiento. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 124(4), 146-55.
- Cattaneo, A., Monasta, L., Stamatakis, E., Lioret, S., Castetbon, K., Frenken, F., et al. (2010). Overweight and obesity in infants and pre-school children in the European Union: A review of existing data. *Obes Rev*, 11, 389-398.

Cavill, N., Kahlmeir, S. y Racioppi, F. (2006). *Physical activity and health in Europe*.

Recuperado de:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/87545/E89490.pdf

Centro de Excelencia en Salud Cardiovascular para América del Sur (CESCAS)

(2010). ¿Quién realiza mas actividad física? Recuperado de:

www.mexicanosactivos.org/2016/08/03/quien-realiza-mas-actividad-fisica-hombres-o-mujeres

Center for Disease Control and Prevention (CDC), (2014a). Physical Activity.

Recuperado de: <http://www.cdc.gov/physicalactivity/data/facts.html>

Center for Disease Control and Prevention. (CDC). (2014b). Physical Activity and

Health: The Benefits of Physical Activity. Recuperado de

<https://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/pa-health>

Centro de Investigaciones Sociológicas. (2005). *Los hábitos deportivos de los*

españoles. España. Recuperado de <http://www.cis.es>

Chen, J. J. y Lee, Y. (2013). Physical Activity for Health: Evidence, Theory, and

Practice. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 46 (1), S1-378-

381. doi: 10.3961/jpmph.2013.46.S.S1

Chescheir, N. (2011). Obesidad en el mundo y su efecto en la salud de la mujer.

Obstet Gynecol, 117, 1213-22.

Chomentowski, P., Dube, J. J., Amati, F., Stefanovic-Racic, M., Zhu, S., Toledo, F.

G., y Goodpaster, B. H. (2009). Moderate exercise attenuates the loss of

skeletal muscle mass that occurs with intentional caloric restriction-induced

weight loss in older, overweight to obese adults. *J Gerontol A BiolSciMedSci*

,64(5), 575-580.

- Cong, Y. J., et al. (2014). Association of sedentary behavior with colon and rectal cancer: a meta-analysis of observational studies. *Br J Cáncer*, 110(3), 817-826.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), Instituto Nacional de Psiquiatría, Instituto Nacional de Salud Pública, Fundación Gonzalo Río Arronte. (2009). Encuesta Nacional de Adicciones. México. Recuperado de http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/investigaciones/ena_208index.html
- Cooper, P. J., Fairburn, C. G., Cooper, Z. y Taylor, M. J. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Cooper, P. J., y Taylor, M. J. (1988). Body image disturbance in bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 153, 32-36.
- Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjoström, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B.E., et al. (2003). International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*, 35, 1381–1395.
- Cristi-Montero, C., et al. (2015). Sedentary behavior and physical inactivity is not the same: An update of concepts oriented towards the prescription of physical exercise for health]. *Rev Med Chil*, 143(8), 1089-1090.
- Cruz, S. y Maganto, C. (2003). El Test de Siluetas: un estudio exploratorio de la distorsión e insatisfacción con la imagen corporal en adolescentes. *Investigaciones en Psicología*, 1, 79-100.
- Cuesta Hernández, M. y Calle Pascual, A. L. (2013). Beneficios del ejercicio físico en población sana e impacto sobre la aparición de enfermedad. *Endocrinol Nutr.* 60(6), 283-286.

- Curry, S. J., McNellis. R. J. (2015). Behavioral Counseling in Primary Care. *Am J Prev Med.* 49(3S2), S125–S128 Recuperado de [http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(15\)00278-0/pdf](http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(15)00278-0/pdf)
- Danielsen, K. K., Svendsen, M., Maehlum, S. y Sundgot-Borgen, J. (2013). Changes in body composition, cardiovascular disease risk factors, and eating behavior after an intensive lifestyle intervention with high volume of physical activity in severely obese subjects: A prospective clinical controlled trial. *J Obes.* 2013, 325-464. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1155/2013/325464>
- De Abajo, S. y Márquez, S. (2010). Salud y efectos beneficiosos de la actividad física. *Actividad Física y Salud.*, 3-13.
- De Queiroz, F., Pace, A. y Santos, C. (2009). Adaptacion cultural y validacion del instrument diabetes – 39 (d-39): Version para brasileños con diabetes mellitus tipo 2-fase1. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 17(5), 708-715.
- Deutsch, J. E., Guarrera-Bowlby, P., Myslinski, M. J., y Kafri, M. (2015). Is There Evidence That active videogames increase energy expenditure and exercise intensity for people poststroke and with cerebral palsy? *Games for Health Journal*, 4(1), 31-37.
- Dominé, F., Dadoumont, C. y Bourguignon, J. P. (2012). Eating Disorders throughout Female Adolescence. *Endocrine Development*, 22, 271-86.
- Duchin, O., Mora-Plazas, M., Marín, C., de León, C. M., Lee, J. M., Baylin, A., y Villamor, E. (2014). BMI and sociodemographic correlates of body image perception and attitudes in school aged children. *Public Health Nutrition*, 17(10), 2216-2225.

- Dumith, S. C., Hallal, P. C., Reis, R. S., y Kohl, H. W. (2011). Worldwide prevalence of physical inactivity and its association with human development index in 76 countries. *Prev Med.* 53, 24-28 Recuperado de:
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21371494
- Edwards, P. y Tsouros, A. D. (2006). *Promoting physical activity and living in urban environments: the role of local governments. The solid facts.* Recuperado de:
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/98424/E89498.pdf
- Ekelund, U., Ward, H. A., Norat, T., Luan, J., Mat, A. M., Weiderpass, E., et al. (2015). Physical activity and all cause mortality across levels of overall and abdominal adiposity in European men and women: the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition Study (EPIC) *Am J Clin Nutr.* 101(3), 613-21.
- Elgin, J. y Pritchard, M. (2006). Gender differences in disordered eating and its correlates. *Eat Weight Disord.* 11 (2), 96-101.
- Encuesta Nacional de Adicciones (ENA). (2011). Reporte de Alcohol Méjico: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Disponible de
http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS.pdf
- Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deportes 2015 en la población de 18 años y más. (2016). Ministerio del Deporte. Chile. Recuperado de
<http://www.mindep.cl/wp-content/uploads/2016/07/PRESENTACION-ENCUESTA-HABITOS-2015.pdf>
- Esnaola, I. y Revuelta, L. (2009) Relaciones entre la actividad física, autoconcepto físico, expectativas, valor percibido y dificultad percibida. *Acción Psicológica*, 6(2), 31-43.

- Esnaola, I., Rodríguez, A. y Goñi, E. (2011). Propiedades psicométricas del cuestionario de Autoconcepto AF5. *Anales de Psicología*, 27(1), 109-117.
- Faselis, C., Doumas, M., Pittaras, A., Narayan, P., Myers, J., Tsimploulis, A. et al. (2014). Exercise Capacity and All-Cause Mortality in Male Veterans With Hypertension Aged ≥ 70 Years. *Hypertension*. 64, 30-35 Recuperado de: <http://hyper.ahajournals.org/content/64/1/30>
- Ferreira de Moraes, A. C., Guerra, P. H., Menezes, P. R. (2013). The worldwide prevalence of insufficient physical activity in adolescents; a systematic review. *Nutr Hosp*, 28, 575-84.
- Fett, C. A., Fett, W.C. y Marchini, J. S. (2009). Circuit weight training vs jogging in metabolic risk factors of overweight/obese women. *Arq Bras Cardiol*. 93(5), 519-25.
- Finley, M. y Landless, P. (2014). Viva con esperanza. Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana.
- Fiske, L., Fallon, E. A., Blissmer, B. y Redding, C. A. (2014). Prevalence of body dissatisfaction among United States adults: Review and recommendations for future research. *Eating Behaviors*, 15(3), 357-365. Recuperado de <http://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.04.010>.
- Flegal, K. M., Kruszon-Moran, D., Carroll, M. D., Fryar, C. D. Y Ogden, C. L. (2016). Trends in obesity among adults in the United States, 2005 to 2014. *JAMA*, 315, 2284-2291.

- Forouzanfar, M. H., Alexander, L., Anderson, H. R., Bachman, V. F., Biryukov, S., Brauer, M., et al. (2015). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: A systematic analysis for the global burden of disease study 2013. *Lancet*, 386, 2287-2323.
- Foster-Schubert, K, Alfano, C., Duggan, C., Xiao, L., Campbell, K., et al. (2012). Effect of diet and exercise, alone or combined, on weight and body composition in overweight-to-obese postmenopausal women. *Obesity*, 20, 1628–1638.
- Frederick, D. A., Fessler, D. M. y Haselton, M. G. (2005). Do representations of male muscularity differ in men's magazines? *Body Image*, 2, 81-86.
- Friedman, K. E., Reichmann, S.K., Costanzo, P.R.y Musante, G.J. (2002). Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress. *Obes Res*, 10, 33–41.
- Frimel, T. N., Sinacore, D. R., y Villareal, D. T. (2008). Exercise attenuates the weight-loss-induced reduction in muscle mass in frail obese older adults. *Med Sci Sports Exer* 40(7), 1213-1219.
- Fundación Imagen y Autoestima (2013). Recuperado de: <http://www.f-ima.org/es>
- Funes, J. A. A. (2013). Secretaria de Salud. *Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición Salvador Zubirán*. Méjico. Recuperado de: <http://www.innsz.mx>
- Galán I., Gandarillas A., Febrel C y Meseguer C. (2001). Validación del peso y la talla auto declarados en población adolescente. *Gaceta Sanitaria*, 5(6), 490-7.

- Garber, C.E., et al. (2011). American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Med Sci Sports Exerc.* 43(7), 1334-1359.
- García, B., Ortíz, M., Salazar, G., Martino, L., y Vergara, A. (2014). *Percepción y satisfacción de la imagen corporal en una comunidad universitaria*. Memorias del XVI Concurso Lasallista de Investigación, Desarrollo e innovación. 1, 19-22.
- García, M. y Llopis, R. (2011). Ideal democrático y bienestar personal, Encuesta sobre los hábitos deportivos en España 2010. Madrid: Consejo superior de Deportes/Centro de Investigaciones Sociológicas Consejo Superior de Deportes.
- García-Ferrando, M. (2001). Los españoles y el deporte. Prácticas y comportamientos en la última década del siglo XX. Encuesta sobre los hábitos deportivos de los españoles. Madrid. C.S.D. y Ministro de Educación Cultura y Deporte.
- Ghroubi, S., Elleuch, H., Chikh, T., Kaffel, N., Abid, M., y Elleuch, M. (2009). Physical training combined with dietary measures in the treatment of adult obesity. A comparison of two protocols. *Annals Phys Rehab Med*, 52, 394-413.
- Global Observatory for Physical Activity (2013). Country cards. Recuperado de <http://www.globalphysicalactivityobservatory.com/country-cards>
- Godoy-Izquierdo, D., Lara, R., Vázquez, M. L., Araque, F. y Godoy, J. F. (2012). Correlates of happiness among older spanish institutionalised and non-institutionalized adults. *Journal of Happiness Studies*, 13(2) 24-52.

- Goikoetxea, D. M. (2015). Insatisfacción corporal y práctica de actividad física y deportiva en adolescentes de Gipuzkoa. [Tesis de doctorado]. Universidad del País Vasco, España.
- Gómez, D. M., y Núñez, O. V. (2007). Insatisfacción corporal en adolescentes: relaciones con la actividad física e índice de masa corporal. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte/International Journal of Medicine and Science of Physical Activity and Sport*, 7(27), 253-264.
- Gómez-Mármol, A. (2013). Relación entre la autopercepción de la imagen corporal y las clases de educación física, según su nivel de intensidad y diversión, en alumnos de educación secundaria. *Motricidad: Revista de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 31, 99-109.
- Gonzalez-Gross, M. Y Melendez, A. (2013). Sedentarism, active lifestyle and sport: Impact on health and obesity prevention, *Nutr Hosp*, 28(5), 89-98.
- Grant, B. F., Goldstein, R. B., Saha, T. D., Chou, S. P., et al. (2015). Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder: results from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *JAMA Psychiatry* doi: 10/1001/jamapsychiatry.2015.0584
- Guillén, F., y Ramírez, M. (2011). Relación entre el auto concepto y la condición física en alumnos del tercer ciclo de primaria. *Revista de Psicología del Deporte*, 20(1), 45-59.

- Hall-López, J. A., Ochoa Martínez, P. Y. y Alarcón Meza, E.I. (2012). Actividad física, estado nutricional y obesidad abdominal en profesores del área de la cultura física. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte / International Journal of Medicine and Science of Physical Activity and Sport*, 12(46), 209-220.
- Hallal, P. C., Andersen, L. B., Bull, F. C., Guthold, R., Haskell, W. y Ekelund, U. (2012). Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *The Lancet*, 380, 247–257. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60646-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60646-1)
- HDO Salud. (2017). Recuperado de <https://www.easybib.com/guides/citation-guides/mla-format/how-to-cite-a-website-mla>.
- Hamilton, M. T., Hamilton, D. G., y Zderic, T. W. (2014). Sedentary behavior as a mediator of type 2 diabetes. *Med Sport Sci*, 60, 11-26.
- Hanson, S. y Jones, A. (2015). Is there evidence that walking groups have health benefits? A systematic review and meta-analysis. *Br J Sports med*, doi: 10.1136/bjsports-2014-094157.
- Haskell, W. L., Lee, I. M., Pate, R. R., Powell, K. E., Blair, S. N. et al. (2007). Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine y Science in Sports y Exercise*, 39(8), 1423-1434.
- Heshmat, R., Kelishadi, R., Motamed-Gorji, N., Motlagh, M. E., Ardalan, G., Arifirad, T., et al. (2015). Association between body mass index and perceived weight status with self-rated health and life satisfaction in Iranian children and adolescents: the CASPIAN-III study. *Quality of Life Research*, 24(1), 263-272.

- Hussain, S. S. y Bloom, S. R. (2011). The pharmacological treatment and management of obesity. *Postgrad Med.* 123(1), 34- 44.
- Ibarzábal, F. A. (2013). Fisicoculturismo: diferencias de sexo en el estado de ánimo y la ansiedad precompetitiva. In *Revista de psicología del deporte*, (22), 353-360.
- Isorna, M., Ruiz, F., Rial, A. y Vaquero-Cristóbal (2014). Motivaciones para la práctica deportiva en escolares federados y no federados. *RETOS. Nueva tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 25, 80-84.
- 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), 909-920.
- Jimeno, R., Peña, P., Exposito, A., y Zagalaz, M. L. (2010). Elders and physical activity. A simple proposal. *Journal of Sport and Health Research*. 2(3),305-328.
- Johnson, C. C., Webber, L. S., Myers, L., Boris, N. W., y Berenson, G. S. (2009). Peer Reviewed: Co-use of Alcohol and Tobacco Among Ninth-Graders in Louisiana. *Preventing chronic disease*, 6(3), A85.
- Juárez, F. y Contreras, F. (2012). Calidad de vida y liderazgo. Influencia de la calidad de vida percibida del directivo colombiano sobre sus prácticas de liderazgo. *Acta Colombiana de Psicología*, 15, 119-130.
- Kaczynski, A., Manske, S., Mannell, R. y Grewal, K. (2008). Smoking physical activity: a systematic review. *American Journal of Health Behavior*, 32, 93-110.

- Kamarudin, K. y Omar, M.S. (2007). Attitudes Toward Physical Activities Among College Students. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 22(1/2), 43-55.
- Kok, M.O., Hoekstra, T. y Twisk, J.W. (2012). The longitudinal relation between smoking and muscle strength in healthy adults. *European Addiction Research*, 18(2), 70-75.
- Kokkinos, P., y Myers, J. (2010). Exercise and physical activity: clinical outcomes and applications. *Circulation*. 122(16), 1637- 48.
- Land, K., Michalos, A. y Sirgy, J. (2012). Prologue: The Development and Evolution of Research on Social Indicators and Quality of Life (QOL). *Handook of social indicators and quality of life research*. 113-136.
- Leatherdale, S., McDonald, .P, Cameron, R. y Brown, K. (2005). A multilevel analysis examining the relationship between social influences for smoking and smoking onset. *American Journal of Health Behavior*. 29(6):520-530.
- Lee, I. M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S.N., y Katzmarzyk, P. T. (2012). Lancet Physical Activity Series Working Group. Effect of physical inactivity on major non- communicable diseases worldwide: An analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*. 380:219-29. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22818936>
- Lema, L. F., Salazar, I. C., Varela, M. T., Díaz, J. A., Rubio, A., y Botero, A. (2009). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: Satisfacción con el estilo de vida. *Pens Psicol*. 5, 71-88.
- Leroux, J. S., Moore, S., Richard, L. y Gauvin, L. (2012). Physical inactivity mediates the association between the perceived exercising behavior of social network members and obesity: a cross-sectional study. *PLoS One*. 7(10), e46558.

- Lim, S. S., et al. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380(9859), 2224– 2260.
- Lobo, M., Calderón, G., Masson, W., Huerin, M., Manente, D., Ángel, A., Pángaro, M., Vitagliano, L., Rostan, M., Mulass, A., y Giorgi, M. (2014). Physical Exercise in Argentine Physicians: a Survey on Their Habits and Attitudes Towards Physical Activity. *Revista argentina de cardiología*, 82(1), 26-33.
- López, P. M., Fernández-Ballesteros, R., Urada, A. I. M. y Collaozoz, J. F. R. (2013). Nutrition and active ageing in a Spanish sample. *Rev. Esp. Antrop. Fís.* 24, 27-34.
- Loyen, A., et al. (2016). European Sitting Championship: Prevalence and Correlates of Self-Reported Sitting Time in the 28 European Union Member States. *PLoS One*, 11(3), e0149320.
- Lozano, R., et al. (2013). La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y los desafíos para el sistema de salud en México. *Salud publica Mex* 55(6), 580-94.
- Macarro, J., Martínez, A. C. y Torres, J. (2012). Motivaciones para la práctica físico-deportiva en adolescentes españoles, al terminar la educación secundaria obligatoria. *Electronic journal of research in Educational Psychology*, 10(1), 371-396.
- Macias, R., et al. (2014). Prevalence of leisure-time sedentary behavior and sociodemographic correlates: a cross-sectional study in Spanish adults. *BMC Public Health*, 14, 972.

- Mackenbach, J., Rutter, H., Compernelle, S., Glonti, K., Oppert, J.M., y Lakerveld, J. (2014). Obesogenic environments: a systematic review of the association between the physical environment and adult weight status, the SPOTLIGHT project. *BMC Public Health*, 14, 233. DOI:10.1186/1471-2458-14-233.
- Maestre-Miquel C, et al. (2015). Educational Inequality in Physical Inactivity in Leisure Time in Spanish Adult Population: differences in ten years (2002-2012). *Rev Esp Salud Publica*, 89(3): 259-269.
- Maganto, C. y Cruz, S. (2000). La imagen corporal y los trastornos alimenticios: Una cuestión de género. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente*, 30, 45-48.
- Marandi, S. M., Abadi, N. G., Esfarjani, F., Mojtahedi, H., y Ghasemi G. (2013). Effects of intensity of aerobics on body composition and blood lipid profile in obese/overweight females. *Int J Prev Med*. 4(1),S118-25.
- Marshall, C., Lengyl, C. Y Utioh, A. (2012). Body dissatisfaction among middle-aged and older women. *Can J Diet Pract Res*, 2(73), 253-26.
- Martin, A., et al. (2015). Interventions with potential to reduce sedentary time in adults: systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*, 49(16), 1056-1063.
- Martín, M., Barripedro, M. I., Martínez del Castillo, J., Jiménez-Beatty, J. E. y River-Herráiz, A. (2014). Diferencias de género en los hábitos de actividad física de la población adulta en la comunidad de Madrid. *International Journal of Sports Science*, 10, 10, 319-335.

- Martínez, A., Chillón, P., Martín-Matillas, M., Pérez, I., Castillo, R., Zapatera, B., et al. (2012). Motivos de abandono y no práctica de actividad físico-deportiva en adolescentes españoles: estudio Avena. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(1), 45-54.
- Martínez, J., Contreras, O. R., Aznar, S., y Lera, Á. (2012). Niveles de actividad física medidos con acelerómetro en alumnos de 3o ciclo de Educación Primaria: actividad física diaria y sesiones de Educación Física. *Revista de Psicología del Deporte*, 21(1), 117-123.
- Matthiasdottir, E. y Jonsson, S. (2012). Body weight dissatisfaction in the Icelandic adult population: a normative discontent? *The European Journal*, 22(1), 116-121.
- Mayo Clinic. (2009). Healthy Lifestyle Fitness; Exercise: 7 benefits of regular physical activity. Recuperado de www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/fitness/in-depth/exercise.
- McCreary, D. R., Hildebrandt, T. B., Heinberg, L. J., Boroughs, M. y Thompson, J. K. (2007). A review of body image influences on men's fitness goals and supplement use. *American Journal of Men's Health*, 1, 307-316.
- McFerran, B. y Mukhopadhyay, A. (2013). Lay Theories of Obesity Predict Actual Body Mass. *Psychological Science*, 24, 1428-1436. doi: 10.1177/0956797612473121.
- Mediavilla, D. (2014). Una hora de ejercicio suave al día. *Intramed. Noticias médicas*. Recuperado de: <http://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=85201>

- Mellor, D., Fuller-Tyszkiewicz, M., McCabe, M.P. y Ricciardelli, L.A. (2010). Body Image and Self-Esteem Across Age and Gender: A Short-Term Longitudinal Study. *Sex Roles*, 63, 672-681.
- Milnerowicz, H., Sliwińska-Mossoń, M. y Kasprzyk, I. (2007). Influence of tobacco smoking on physical efficiency of young woman (part I). *Przegląd Lekarski*. 64(10), 656-659.
- Milnerowicz, H., Sliwińska-Mossoń, M. y Kasprzyk, I. (2007). Influence of tobacco smoking on physical efficiency of young men (part II). *Przegląd Lekarski*. 64(10), 660-663.
- Ministerio de Salud. (2011). Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. Chile. Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
- Ministerio de Salud. (2014). RECAFIS. Costa Rica. Recuperado de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/redes/recafis>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Promover hábitos y estilos de vida saludables es una de las prioridades del Ministerio de Salud. Colombia. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Promover-habitos-y-estilos-de-vida.aspx>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Plan de Fomento de Hábitos de Vida Saludables (HAVISA). (2013). España. Recuperado de www.habitosdeidasaludables.com/home.php

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). Encuesta de Salud de España (ENSE 2011/12) . Recuperado de http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/informesMonograficos/Act_fis_desc_ocio.4.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). Encuesta Europea de Salud de España (ESEE) . Recuperado de https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadistica/EncuestasEuropea/Enc_Salud_en_Esp_2014.htm
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Insituto Nacional de Estadística. (2016). La salud y el sistema sanitario en 100 tablas. Datos y cifras España. Recuperado de https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/SaludSistemaSanitario_100_Tablas1.pdf
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2005). Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (NAOS): Invertir la tendencia de la obesidad. Agencia Española de Seguridad Alimentaria. España. Recuperado de <http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/estrategianaos.pdf>
- Misigoj-Durakovi, M., Bok MagKin, D., Soric, M., Dizar MagKin, D., Durakovic, Z. y Jukic MagKin, I. (2012). The effect of cigarette smoking history on muscular and cardiorespiratory endurance. *Journal of Addictive Diseases*, 31 (2), 389-396.

- Molina, M. R., Izquierdo, D. G., Pérez, M. L. V., Moreno, R. L., Vallejo, E. N., Toral, M. V., García, A., P, y Torres, M. J. (2015). Imagen Corporal y Satisfacción Corporal en Adultos: Diferencias por Sexo y Edad. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, Enero-Junio, 63-68.
- Molina, J. M., Lemos, N. V. y Uribe, A. F. (2012). Calidad de vida y salud general percibida de pacientes hospitalizados en una entidad de salud en Granada, España. *Archivos de Medicina*, 12(1) ISSN:1657-320X.
- Molinero, O., Salguero, A., Castro-Piñero, J., Mora, J. y Márquez S. (2011). Substance abuse and health self-perception in Spanish children and adolescents. *Nutr Hosp* 26, 402-9.
- Montaño, F. E. M., Ortiz, P. M. T., Espino, R. A. y Balderas, L. G. L. (2013). Índice de masa corporal, frecuencia y motivos de estudiantes universitarios para realizar actividad física. *Educación Medica Superior* 27(3), 189-199
- Montaño, I. (2008). Imagen corporal y envejecimiento. *Avances en psiquiatría biológica*, 9, 58-73.
- Moreno-Murcia, J. A., Marcos-Pardo, P. J. y Huéscar, E. (2016). Motivos de práctica físico-deportiva en mujeres: diferencias entre practicantes y no practicantes. *Revista de Psicología del Deporte*, 25,1, 35-41.
- Morote, J., et al. (2014). Sedentarismo and overweight as risk factors for the detection of prostate cancer and its aggressiveness. *Actas Urol Esp*, 38(4), 232-237.
- Morris, J. N., Heady, J. A., Raffle, P. A., Roberts, C. G., y Parks, J.W. (1953). Coronary heart-disease and physical activity of work. *Lancet*, 265(6795), 1053-1057. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13110049#>
- Moyano, E. (2010). *Calidad de vida y psicología en el bicentenario de Chile*. Santiago de Chile: Mármor.

- Munera, R. C. L., Campos, M. A. S., Martínez, A. V. N., Arévalo, J. M. A., Pinillos, F. G. G., y Román, P. Á. L. (2016). Determinantes sociodemográficos y nivel de actividad física en la población de la provincia de Jaén mayor de 18 años. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (29), 13-16.
- Muñoz, L. V. A. y Ibáñez, M. E. (2015). Calidad de vida formación de hábitos saludables en la alimentación de personas mayores, *Revista de Humanidades*, 7, ISSN 2340-8995. Recuperado de <http://www.revistadehumanidades.com/articulos/95-calidad-de-vida-y-formacion-en-habitos-saludables-en-la-alimentacion-de-personas-mayores>
- Muth, J. L., y Cash, T. F. (1997). Body-image attitudes: What difference does gender make?. *Journal of Applied Social Psychology*, 16, 1438-1452.
- National Institute of Health (NIH). (2013). Moldee los hábitos de su familia: Ayude a los niños a tomar decisiones saludables. Recuperado de <https://salud.nih.gov/articulo/moldee-los-habitos-de-su-familia/>
- Núñez, A., Tobón, S., Arias, D., Hidalgo, C., Santoyo, F., Hidalgo, A. et al. (2010). Calidad de vida, salud y factores psicológicos asociados. *Perspectivas en Psicología* (13), 11-32.
- O'Connor, J. N., Golley, R. K., Perry, R. A., Magarey, A. M., y Truby, H. (2015). A longitudinal investigation of overweight children's body perception and satisfaction during a weight management program. *Appetite*, 85, 48-51
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). (2016). Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Recuperado de www.pnsd.ssi.gob.es/profesionales/sistemasinformacion/informesEstadisticas/pdf/INFORME_2015.pdf

- Olaya, B., Moneta, M. V., Pez, O., Bitfoi, A., Carta, M. G., Eke, C., et al. (2015). Country-level and individual correlates of overweight and obesity among primary school children: A cross-sectional study in seven European countries. *BMC Public Health*, 15, 475.
- Ordax, J. R., De Abajo, S. y Márquez, S. (2004). Relación entre actividad física y consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias perjudiciales para la salud en alumnos de ESO del municipio de Avilés. *European Journal of Human Movement*, 12, 46-69.
- Oré, P. V. E. (2015). Factores asociados a la actividad física y al sedentarismo en estudiantes universitarios [Tesis de Postgrado] Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Recuperado de: http://www.apps.who.int/iris/bitstream/10665/44441/1/9789243599977_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). 10 datos sobre la obesidad. Recuperado de: <http://www.who.int/features/factfiles/es>
- Organización Mundial de la Salud (2015). Global Health Observatory data repository: Prevalence – most recent adult survey - Tobacco. Recuperado de <http://apps.who.int/gho/data/node.main.TOB1249?lang=en>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015a). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015b). Alcohol. Recuperado de:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es>

Organización Mundial de la Salud. (2015c). Total Alcohol Consumption. Recuperado

de <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1405?lang=en>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016a). Obesidad y sobrepeso.

Organización Mundial de la Salud. Recuperado de:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016b). Tobacco. Recuperado de:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016c). Regional alcohol per cápita (15+)

consumption by WHO region. Recuperado de

<http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1035?lang=en>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016d). Estrategia mundial sobre régimen

alimentario, actividad física y salud: inactividad física: un problema de salud

publica mundial. Recuperado de

http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/es

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). Actividad Física. Recuperado de

http://www.who.int/topics/physical_activity/es

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017a). Physical activity. Recuperado de

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2002). La inactividad física: un factor

principal de riesgo para la salud en las Américas. Programa de Alimentación y

Nutrición / División de Promoción y Protección de la Salud. Recuperado de:

<http://www.ops-oms.org/Spanish/HPP/HPN/whd2002-factsheet3.pdf>

- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2010). Informe sobre control del tabaco para la región de las Américas. Recuperado de http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_contentyview=articleid=4348yItemid=2391
- Owen, N., Salmon, J., Koohsari, M. J., Turrel, G. Y Giles-Corti, B. (2014). Sedentary behaviour and health; mapping enviornmental and social contexts to underpin chronic disease prevention. *British journal of Sports Medicine*, 48(3), 174-177. doi:10.0036/bjsports-2013-093107
- Padilla, G. (2005). Calidad de vida: panorámica de investigaciones clínicas. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 80-88.
- Pardo, A., et al. (2014). Health-enhancing physical activity and associated factors in a Spanish population. *J Sci Med Sport*, 17(2), 188-194.
- Padrón-Cabo, A., y Romo-Pérez, V. (2012). Recomendaciones sobre actividad física para la salud: una categorización temporal de las guías. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(2), 7.
- Parschau, L., Fleig, L., Koring, M., Lange, D., Knoll, N., Schwarzer, R., y Lippke, S. (2013). Positive experience, self-efficacy, and action control predict physical activity changes: A moderated mediation analysis. *British Journal of Health Psychology*, 18(2), 395-406. doi: 10.1111/j.2044-8287.2012.02099.
- Paxton, S. J., Neumark Sztaiher, D., Hannan, P. J. y Eisenberg, M. E. (2006). Body dissatisfaction prospectively predicts depressive mood and low self-esteem in adolescent girls and boys. *Journal Clinical Child adolescent psychology*, 35(4), 539-549.

- Pavón, A. y Moreno, J. A. (2008). Actitud de los universitarios ante la práctica físico-deportiva: Diferencias por géneros. *Revista de Psicología del Deporte*, 17(1),12-22.
- Pawlawski, T., Downward, P., y Rasciute, S. (2011). Subjective well-being in European countries: On the age specific impact of physical activity. *European Review of Aging and Physical Activity*, 8, 93–102.
- Pearl, R. y Lebowitz, M. (2014). Beyond personal responsibility: Effects of causal attributions for overweight and obesity on weight-related beliefs, stigma, and policy support. *Psychology and Health*, 29, 1176-1191. DOI: 10.1080/08870446.2014.916807
- Pedersen, B. K. (2011). Exercise-induced myokines and their role in chronic diseases. *Brain Behav Immun*, 25(5), 811-816. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21354469>.
- Pedersen, B. K. y Saltin, B. (2015). Exercise as medicine – evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scand J Med Sci Sports, Suppl 3*, 1-72. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26606383>.
- Pérez, T. S., et al. (2011). Psiconefrología: aspectos psicológicos en la poliquistosis renal autosómica dominante. *Nefrología*, 31, 716-722.
- Peterson, M. D., Gordon, P. M. y Hurvitz, E. A. (2013). Chronic disease risk among adults with cerebral palsy: the role of premature sarcopenia, obesity and sedentary behaviour. *Obes Rev* 14 (2), 171-182.
- Pichon-Riviere, A., et al. (2013). Carga de Enfermedad Atribuible al Tabaquismo en México. *Documento Técnico IECS N° 10. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina*. Recuperado de <http://www.iecs.org.ar>

- Polivy, J. y Herman, C. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.
- Portela, M. L., de Costa, H., Mora, M. y Raich, R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia. *Rev. Nutricion Hospitalaria*, 27 (2), 391-401.
- Práxedes, A., Sevil, J., Moreno, A., del Villar, F. y García-González. (2016). Niveles de actividad física en estudiantes universitarios: Diferencias en función del género, la edad y los estados de cambio. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 11(1), 123-132
- Pulgar, A., Alcalá, A. y Reyes del Paso, G. A. (2015). Psychosocial predictor of quality of life in hematological cancer. *Behav Med*, 41, 1-8.
- Raich, R.M. (2001). *Imagen Corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Raich, R.M., Mora, M., Soler, A., Avila, C., Clos, I. y Zapater L. (1996) Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 7, 51-66.
- Raich, R. M., Torras, J. y Figueras, M. (1996). Estudio de la imagen corporal y su relación con el deporte en una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 604-624.
- Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavornchoensap, M., Teerawattananon, Y. y Patra J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*, 373(9682), 2223-33.
- Ríos, A. M. O., Peña, T. L. V. y Prieto, L. M. G.(2016). Estrategias para un envejecimiento exitoso. *Revista Española de Geriatria y Gerontologia*, 51(5), 284-289.

- Ríos, M. S., et al. (2012). La Obesidad Como Pandemia del Siglo XXI: Una perspectiva epidemiológica desde Iberoamérica. Real Academia Nacional de Medicina. Madrid. España. Recuperado de:
http://teleiberoamerica.com/publicaciones/La_Obesidad_como_pandemia.pdf
- Rodríguez, A., De la Cruz, E., Feu, S., y Martínez, R. (2012). Sedentarismo, obesidad y salud mental en la población española de 4 a 15 años de edad. *Revista Española de Salud Pública*, 85(4), 373-382
- Rodríguez, G., García, O., Garrido, M., Barriopedro, M., Barakat, R. y Cordente, C. (2010). Relaciones entre el consumo de tabaco y la práctica de actividad físico-deportiva en una muestra de la población de Madrid. *International Journal of Sport Science*, 6(20), 218-230.
- Rodríguez, S. y Cruz, S. (2008). Insatisfacción corporal en adolescentes latinoamericanas y españolas. *Psicothema*, 20 (1), 131-137.
- Rodríguez, T., Beato, L. y Llario, A. B. (2006). Body dissatisfaction as a predictor of self-reported suicide attempts in adolescents: A Spanish community prospective study. *Journal of Adolescent Health*, 38, 684-688.
- Rodríguez-Gazquez, M. A., Pineda, S. A. y Vélez, L. F. (2010). Características del consumo de tabaco en estudiantes de enfermería de la Universidad de Antioquia, Colombia. *Invest Educ Enferm*, 28(3), 370-83.
- Romeo, J., González-Gross, M., Wärnberg, J., Díaz, J. E. y Marcos, A. (2007). ¿Influye la cerveza en el aumento de peso?: Efectos de un consumo moderado de cerveza sobre la composición corporal. *Nutr Hosp*, 22(2), 223-8.

- Rosa, S. M., Ordax, J. R. y Olea, S. A. (2006). Sedentarisme i salut: efectes beneficiosos de l'activitat física. *Apunts. Educació física i esports*, 1(83), 12-24. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/ApuntsEFE/article/view/300344/389799>
- Rubiano, G. E. M., Slazar-Piñeros, F. A., Sanabria, L. E. R., Lizcano, H. A. P. y Rojas, R. M. (2014). Caracterización sociodemográfica y familiar de obesos intervenidos a través de cirugía bariátrica en el Hospital Universitario de Neiva. *Revista Facultad de Salud* 6(1), 59-66.
- Rueda, G., E., Camacho, P. A., Milea, S. y Martínez-Villalba, A. M. (2012). Validez y confiabilidad de dos escalas de siluetas para valorar la imagen corporal en estudiantes adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(1), 101-110. doi: 10.1016/s0034-7450(14)60071-8.
- Ruiz, F., De la Cruz, E., Ruiz-Risueño, J. y García, M. (2008). Youth smoking patterns and leisure-time physical activity. *Retos*, 14, 75-9.
- Ruiz-Juan, F., Cruz-Sánchez, E. y García-Montes M. (2009). Motivos para la práctica deportiva y su relación con el consumo de alcohol y tabaco en jóvenes españoles. *Salud Pública de México*. 51(6), 496-504
- Ruiz-Juan F, Isorna M, Ruiz-Risueño J, Vaquero-Cristóbal R. (2014). Consumo e ingesta de alcohol en españoles mayores de 16 años y su relación con la actividad físico deportiva, la familia y el consumo de tabaco. *Rev Iberoamer Psicol Ejerc Deporte* 9(2),339-72.
- Ruiz-Juan F, Isorna M, Ruiz-Risueño J, Vaquero-Cristobal R. (2015). Consumo de tabaco en adultos de Monterrey: relación con actividad físico-deportiva y familia. *Nutr Hosp* 32(2), 808-16.

- Ruiz-Flores, M. B., Vicente, M. T. H., Torres, J. I. A. y López, Á. A. G. (2014). Consumo de alcohol y comportamientos violentos. Aspectos médico-legales: una revisión desde la jurisprudencia española. *Revista Ces Derecho*, 5(2), 220-236
- Ruiz-Risueño, J., Ruiz-Juan, F. y Zamarripa, J. (2012). Alcohol y tabaco en adolescentes españoles y mexicanos y su relación con la actividad físico-deportiva y la familia. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 31(3), 211-20.
- Sánchez, J. M. P, Vizuite, A. A., Camino, M. M. y Ortega, R. M. (2015). Actividad física y sedentarismo como moduladores de la situación nutricional. *Nutr Hosp*, 32(1), 20-22.
- Sánchez-Cruz, J. J., Jiménez-Moleón, J. J., Fernández-Quesada, F., y Sánchez, M. J. (2013). Prevalencia de obesidad infantil y juvenil en España en 2012. *Revista Española de Cardiología*, 66(5), 371-376.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 09-21.
- Schmid, D. y Leitzmann, M. F. (2014). Television viewing and time spent sedentary in relation to cancer risk: a meta-analysis. *J Natl Cancer Inst*, 106(7), dju098
- Secretaría de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. (2012). Vida saludable: otros consejos: 11 hábitos de la gente saludable. Méjico. Recuperado de www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/promocionando_vive_articulos_once.html
- Sepúlveda, A.R., Botella, J. y León, J.A. (2001). La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis. *Psicothema*, 13(1), 7-16.

- Sevil, J., et al. (2016). Niveles de actividad física en estudiantes universitarios: diferencias en función del género, la edad y los estados de cambio. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 11(1), 10.
- Serón, P., Muñoz, S. y Lanas, F. (2010). Nivel de actividad física medida a través del cuestionario internacional de actividad física en población Chilena. *Revista médica de Chile*, 138(10), 1232-1239.
- Slutzky, C. B. y Simpkins, S. D. (2009). The link between children's sport participation and selfesteem: exploring the mediating role of sport self-concept. *Psychology of Sport and Exercise*, 10(3), 381-389. doi: 10.1016/j.psychsport.2008.09.006
- Sniehotta, F., Scholz, U., y Schwarzer R. (2005). Bridging the intention behavior gap: Planning, self-efficacy, and action control in the adoption and maintenance of physical exercise. *Psychology of Health*, 20(2), 143-160.
- Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) (2000). Consenso SEEDO'2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. España. *Med Clin (Barc)*, 115, 587-597.
- Stice, E., Hayward, C., Cameron, R. P., Killen, J. D. y Taylor, C.B. (2000) Body image and eating disturbances predict onset of depression among female adolescents: a longitudinal study. *Abnormal Psychology*, 109 (3), 438-444.
- Stice, E. y Shaw, H. (2010). Risk factors and prodromal eating pathology. *Journal Child Psychology Psychiatry*, 51 (4), 518-525.
- Stierlin, A. S., et al. (2015). A systematic review of determinants of sedentary behaviour in youth: a DEDIPAC study. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 12, 133.

- Streeter, V. M., Milhausen, R. R. y Buchholz, A. C. (2012). Body image, body mass index, and body composition in young adults. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 73(2), 78-83.
- Subramanian, S. V., Perkins, J. M., Ozaltin, E. y Davey, S. G. (2011). Weight of nations: A socioeconomic analysis of women in low-to middle-income countries. *Am J Clin Nutr*, 93, 413-421.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la Salud* (6.ªEd.). México: McGraw-Hill
- Telumbre-Terrero, J. Y. y Sánchez-Jaimes, B. E. (2015a). Percepcion de barreras y beneficios del consume de alcohol en adolescents. *NURE Inv*, 12(76), 1-11.
- Telumbre-Terrero, J. Y. y Sánchez-Jaimes, B. E. (2015b). Consmo de alcohol en adolescentes del estado de Guerrero, Mejico. . *Salud y Drogas*, 15(1), 79-86.
- Tercedor, P., Martín-Matillas, M., Chillón, P., Pérez López, I. J., Ortega, F. B., Wärnberg, J., Ruiz, J. R. Y Delgado, M. (2007). Incremento del consumo de tabaco y disminución del nivel de práctica de actividad física en adolescentes españoles: Estudio AVENA. *Nutrición Hospitalaria*. 22(1), 89-94.
- The World Factbook* (2013). Washington, DC: Central Intelligence Agency.
Recuperado de <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/index.html>
- Tjonna, A. E., Stolen, T.O., Bye, A., et al. (2009). Aerobic interval training reduces cardiovascular risk factors more than a multi treatment approach in overweight adolescents. *Clin Sci* 2009 Feb,116 (4), 317–326.
- The Tobacco Atlas. (2015). Countries. Recuperado de:
<http://www.tobaccoatlas.org/country-data>

- Tortajada, S., Valderrama, J. C., Castellano, M., Llorens, N., Agulló, V., Herzog, B., et al. (2008). Consumo de drogas y su percepción por parte de inmigrantes latinoamericanos. *Psicothema*. 20(3), 403-407.
- Trejo Ortiz, P. M., Castro Veloz, D., Facio Solís, A., Mollinedo Montano, F. E., y Valdez Esparza, G. (2010). Insatisfacción con la imagen corporal asociada al Índice de Masa Corporal en adolescentes. *Revista cubana de enfermería*, 26(3), 150-160.
- United Nations Children's Fund (2015). Manejo práctico del sobrepeso y la obesidad en los niños y niñas: la prevención y tratamiento de la obesidad desde la niñez es una estrategia para disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles del adulto. Cuba. Recuperado de http://www.unicef.org/cuba/cu_folleto_obesidad_web.pdf
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). (2015). Recuperado de: <http://portal.unesco.org/es/ev.php>
- U.S. Department of Health and Human Services (2008). Manténgase activo a su manera: Guía para adultos. Estados Unidos. Recuperado de https://health.gov/paguidelines/pdf/PAG_Spanish_Booklet.pdf
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). (2008). *Physical Activity Guidelines for Americans*. Recuperado de: <http://www.health.gov/paguidelines>
- Ugidos, G. P., Laíño, F.A., Zelarayán, J. y Márquez, S. (2014). Actividad física y hábito de salud en estudiantes universitarios argentinos. *Nutr Hosp* 30(4), 896-904
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista médica de Chile*, 138(3), 358-365.

- Urzúa, A., y Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71.
- Valverde, P., Rivera de los Santos, F. y Moreno, C. (2010). Diferencia de sexo en imagen corporal, control de peso e índice de masa corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 22 (1), 77-83.
- VanKim, N. A., Laska, M. N., Ehlinger, E., Lust, K., y Story, M. (2010). Understanding young adult physical activity, alcohol and tobacco use in community colleges and 4-year post-secondary institutions: A cross-sectional analysis of epidemiological surveillance data. *BMC Public Health*, 26(1), 208.
- Vaquero, A. Macias, O. y Macazaga, A. (2014). La práctica corporal y la imagen corporal: reconstruyendo significados. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 17(1), 163-176.
doi:10.6018/reifop.17.1.181921.
- Vaquero-Cristóbal, R., Isorna, M. y Ruiz, C., (2012). Review about state of alcohol consumption and physical sports practice. *J Sport Health Research*, 4(3), 269-88.
- Varela, M.T., Duarte, C., Salazar, I.C., Lema, L.F., y Tamayo, J.A. (2011). Actividad física y sedentarismo en jóvenes universitarios de Colombia: prácticas, motivos, y recursos para realizarlas. *Colomb Med*; 3(42), 269-277.
- Varnado-Sullivan, P.J., Horton, R. y Savoy, S. (2006). Differences for gender, weight and exercise in body image disturbance and eating disorder symptoms. *Eating and Weight Disorders*, 3 (11), 118-125.
- Varo, J. J., Martínez, J. A. y Martínez-González, M.A. (2003). Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo. *Medicina Clínica*, 121, 665-72.

- Vaz, F. J., Salcedo, M. S., González, F. y Alcaina, T. (1992). Factores socioculturales en la imagen corporal en la mujer. *Psiquiatría Pública*, 4(1), 32-37.
- Vidarte-Claros, J. A., Vélez-Álvarez, C., y Parra-Sánchez, J. H. (2012). Niveles de sedentarismo en población de 18 a 60 años. Manizales, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 14(3), 417-428.
- Vidarte-Claros, J. A., Vélez-Álvarez, C., Sandoval Cuellar, C., y Alfonso Mora, M. L. (2011). Actividad física: Estrategia de promoción de la salud. *Hacia la Promoción de la Salud*, 16(1), 202-218.
- Viholainen, H., Aro, T., Purtsi, J., Tolvanen, A. y Cantell, M. (2014). Adolescents' school-related self-concept mediates motor skills and psychosocial well-being. *British Journal of Educational Psychology*, 84(2), 268-280. doi: 10.1111/bjep.12023
- Villarreal-González, E., Sánchez-Sosa, J. C., Musitu, G. y Varela, R. (2010). El Consumo de Alcohol en Adolescentes Escolarizados: Propuesta de un Modelo Sociocomunitario. *Psychosocial Intervention*, 19(3), 253-64.
- Vinaccia, S., y Quiceno, J. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psicología: avances de la disciplina*, 6(1), 123-136.
- von Lengerke, T., y Mielck, A. (2012). Body weight dissatisfaction by socioeconomic status among obese, preobese and normal weight women and men: results of the cross-sectional KORA Augsburg S4 population survey. *BMC Public Health*, 12(1), 342. Recuperado de <http://doi.org/10.1186/1471-2458-12-342>
- Whyte, L. J., Gill, J. M. y Cathcart, A. J. (2010). Effect of 2 weeks of sprint interval training on health-related outcomes in sedentary overweight/obese men. *Metabolism*, 59 (10), 1421–8.

- Willis, L. H., Slentz, C. A., Bateman, L. A., Shields, A. T., Piner, L. W., Bales, C. W., Houmard, J. A. y Kraus, W. E. (2012). Effects of Aerobic and/or Resistance Training on Body Mass and Fat Mass in Overweight Or Obese Adults. *Jour ApplPhys* 113(12),1831-1837.
- Wilmot, E., Edwardson, C., Achana, F., Davies, M., Gorely, T., y Biddle, S. (2012). Sedentary time in adults and the association with diabetes, cardiovascular disease and death: systematic review and meta analysis. *Diabetologia*, 55, 2895-2905. DOI: 10.1007/s00125-012-2677-z.
- Wilson, H. E., Siegle, D. McCoach, D. B., Little, C.A. y Reis, S. M. (2014). A Model of Academic Self-Concept Perceived Difficulty and Social Comparison Among Academically Accelerated Secondary School Students. *Gifted Child Quarterly*, 58(2), 111-126. doi: 10.1177/0016986214522858
- World Health Organization. (WHO). 1995. Quality Life Group. The World Health Organization Quality Life Assessment instrument (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 41(10), 1403-1409.
- World Health Organization (1997). Declaracion de Yakarta sobre la promocion de la salud en el siglo XXI. Recuperado de www.who.int/healthprootion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf
- WHO. (1998). Programme of Nutrition, Family and Reproductive Health. Obesity. Preventina and managing the lobal epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Ginebra, 3-5 junio, 1997. Ginebra
- World Health Organization. (WHO) (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*; World Health Organization: Geneve

- World Health Organization (WHO). (2015). Global Health Observatory Data Repository. Prevalence of insufficient physical activity among adults. Data by country. Recuperado de <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A893?lang=sp>
- World Health Organization (WHO). (2015a). Global Health Observatory. Data Repository. Recuperado de: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs285/es
- World Health Organization (WHO). (2015b) Physical Activity. Recuperado de www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en
- World Health Organization (WHO). (2017a). Global Health Observatory Data Repository. Obesity (body mass index ≥ 30 , age-standardized (%). Estimates by country. Recuperado de <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A900A?lang=en>
- World Health Organization (WHO). (2017b). Global Health Observatory Data Repository. Overweight (body mass index ≥ 25 , age-standardized (%). Estimates by country. Recuperado de <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A897A?lang=en>
- Yang, W., Kelly, T. y He, J. (2007). Genetic epidemiology of obesity. *Epidemiological Reviews*, 29, 49-61. DOI: 10.1093/epirev/mxm004.
- Zamarripa-Rivera, J. I., Ruiz-Juan, F., López-Walle, J. M. y Fernández-Baños, R. (2014). Frequency duration intensity and physical activity levels during leisure time in adult people in Monterrey Nuevo León México. *Espiral. Cuadernos del Profesorado*, 7(14), 3-12.
- Zamora, J. D., y Laclé, A. (2012). Evaluación del gasto energético y actividad física en escolares eutróficos, con sobrepeso u obesidad. *Revista chilena de pediatría*, 83(2), 134-145.

- Zaplana, I. S. y González, E. M. (2013). Alimentación y envejecimiento. *Revista ROL de enfermería* 36(6), 8-15.
- Zhou, Y., Zhao, H., y Peng, C. (2015). Association of sedentary behavior with the risk of breast cancer in women: update meta-analysis of observational studies. *Ann Epidemiol*, 25(9), 687-697.
- Zschucke, E., Gaudlitz, K. y Ströhle, A. (2013). Exercise and physical activity in mental disorders: clinical and experimental evidence. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 46(1), S12-S21. Doi: 10.3961/jpmph.2013.46S.S12

9. Anexos

Anexo 1. Cuestionario sociodemográfico.

 Sociodemográfico 1. Nombre o Pseudónimo: 2. País donde vive: ☐ Argentina ☐ Bolivia ☐ Chile ☐ Colombia ☐ Costa Rica ☐ Ecuador ☐ España ☐ Honduras ☐ México ☐ Perú ☐ República Dominicana ☐ Uruguay ☐ Venezuela	3. ¿Es usted nativo en el país donde vive o inmigró a ese país? ☐ Si ☐ No 4. ¿Vive en zona rural? ☐ Si ☐ No 5. Edad: 6. Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino 7. Peso: 8. Altura: 9. Nivel de escolaridad: ☐ Sin estudios ☐ Estudios primarios ☐ Estudios secundarios ☐ Estudios universitarios 10. Estado civil: ☐
☐ Soltero ☐ Casado/a o en pareja ☐ Viudo/a ☐ Separado/a 11. Ocupación: ☐ Trabajo ☐ No trabajo 12. Tipos de Trabajo: Elegir el tipo de trabajo que más se asimila con la clase de trabajo que realiza. ☐ Directivo de la Administración Pública y de empresas de 10 o más asalariados con profesiones asociadas a titulaciones de segundo y tercer ciclo universitario. ☐ Directivo de empresas con menos de 10 asalariados con profesiones asociadas a una titulación de primer ciclo universitario, técnicos y profesionales de apoyo, artistas y deportistas. ☐ Empleado de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera, trabajador de los servicios personales y de seguridad. ☐ Trabajador por cuenta propia. ☐ Supervisor de trabajadores manuales. ☐ Trabajador manual calificado. ☐ Trabajador manual semicalificado. ☐ Trabajador no calificado. 13. Nivel socioeconómico: ☐ Bajo ☐ Medio ☐ Alto	14. Practica actividad físico deportiva (más de tres sesiones semanales): ☐ Si ☐ No 15. Duración de sesión de entrenamiento en minutos: 16. Número de sesiones semanales de entrenamiento semanales: ☐ Una ☐ Dos ☐ Tres ☐ Cuatro ☐ Cinco ☐ Seis ☐ Siete 17. Tiene entrenador personal: ☐ Si ☐ No 18. Consumo de tabaco: ☐ Nunca ☐ Fumador diario ☐ Fumador ocasional ☐ Ex fumador 19. Consumo de alcohol: ☐

Abstemio

Ex bebedor

Bebedor moderado

Bebedor excesivo

20. En general, diría usted que su salud actual es:

Mala

Regular

Buena

Muy buena

Excelente

Muchas gracias por su tiempo y participación.



Done

Powered by

 SurveyMonkey

See how easy it is to [create a survey](#).

Anexo 2. BSQ Versión Original

Body Shape Questionnaire (BSQ)

NOMBRE:

CÓDIGO:

Nos gustaría saber cómo te has sentido respecto a tu figura en las últimas cuatro semanas.

Items	Nunca	Raramente	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
1. Cuando te has aburrido, ¿te has preocupado por tu figura?						
2. ¿Te ha preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?						
3. ¿Has pensado que tenías los muslos, caderas o nalgas demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?						
4. ¿Has tenido miedo a engordar?						
5. ¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?						
6. Sentirte lleno (después de una gran comida), ¿te ha hecho sentir gordo/a?						
7. ¿Te ha sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?						
8. ¿Has evitado comer para que tu carne no botara?						
9. Estar con chicos/as delgados/as, ¿te ha hecho fijar en tu figura?						
10. ¿Te ha preocupado que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?						
11. El hecho de comer poca comida, ¿te ha hecho sentir gordo/a?						
12. Al fijarte en la figura de otros chicos/as, ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?						
13. Pensar en tu figura, ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la TV, lees o mantienes una conversación)?						
14. Estar desnudo/a (por ejemplo cuando te duchas), ¿te ha hecho sentir gordo/a?						
15. ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?						
16. ¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?						
17. Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿te ha hecho sentir gordo/a?						
18. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?						
19. ¿Te has sentido excesivamente gordo/a o redondeado/a?						
20. ¿Te has sentido acomplejado/a por tu cuerpo?						
21. Preocuparte por tu figura, ¿te ha hecho poner a dieta?						
22. ¿Te ha sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo, por la mañana)?						
23. ¿Has pensado que la figura que tienes es debido a tu falta de autocuidado?						
24. ¿Te ha preocupado que otra gente vea michelines alrededor de tu cintura o estómago?						
25. ¿Has pensado que no es justo que otros chicos/as sean más delgados/as que tú?						
26. ¿Has vomitado para sentirte más delgado/a?						
27. Cuando estás con otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo, sentándote en un sofá o en el autobús)?						
28. ¿Te ha preocupado que tu carne tenga piel de naranja (celulitis)?						
29. Verte reflejado/a en un espejo o en un escaparate, ¿te ha hecho sentir mal por tu figura?						
30. ¿Te has pellizcado zonas del cuerpo para ver cuánta grasa tenías?						
31. ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo, en vestuarios comunes de piscinas o duchas)?						
32. ¿Has tomado laxantes para sentirte más delgado/a?						
33. ¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?						
34. La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio?						

Anexo 3. BSQ Versión Digital (Survey)



Forma del Cuerpo (BSQ)

Nos gustaría saber cómo te has sentido respecto a tu figura/cuerpo en las últimas cuatro semanas.

1. Nombre o Pseudónimo:

2. ¿Cuándo estas aburrido, ¿te has preocupado por tu figura/cuerpo?

- ☐ Nunca
☐ Raramente
☐ Alguna vez
☐ A menudo
☐ Muy a menudo
☐ Siempre

3. ¿Te has preocupado tanto por tu figura/cuerpo que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?

- ☐ Nunca
☐ Raramente
☐ Alguna vez
☐ Siempre

- ☐ A menudo
☐ Muy a menudo
☐ Siempre

4. ¿Has tenido miedo a engordar?

- ☐ Nunca
☐ Raramente
☐ Alguna vez
☐ A menudo
☐ Muy a menudo
☐ Siempre

5. ¿Te ha preocupado que tu figura/cuerpo no sea lo suficientemente firme?

- ☐ Nunca
☐ Raramente
☐ Alguna vez
☐ A menudo
☐ Muy a menudo
☐ Siempre

6. Sentirte lleno/a (después de una gran comida), ¿te ha hecho sentir gordo/a?

- ☐ Nunca
☐ Raramente
☐ Alguna vez
☐ A menudo
☐ Muy a menudo
☐ Siempre

7. Estar con personas delgadas, ¿te ha hecho fijarte en tu figura/cuerpo?

- ☐ Nunca
☐ Raramente
☐ Alguna vez
☐ A menudo
☐ Muy a menudo
☐ Siempre

8. El hecho de comer poca comida, ¿te ha hecho sentir gordo/a?

- ☐ Nunca
☐ Raramente
☐ Alguna vez
☐ A menudo
☐ Muy a menudo
☐ Siempre

9. Al fijarte en la figura/cuerpo de otras personas, ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?

- ☐ Nunca
☐ Raramente
☐ Alguna vez
☐ A menudo
☐ Muy a menudo
☐ Siempre

10. Pensar en tu figura/cuerpo, ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la TV, lees o mantienes una conversación)?

☐

- ☐ Nunca
☐ Raramente
☐ Alguna vez
☐ A menudo
☐ Muy a menudo
☐ Siempre

11. ¿Has evitado usar ropa que marque tu figura?

- ☐ Nunca
☐ Raramente
☐ Alguna vez
☐ A menudo
☐ Muy a menudo
☐ Siempre

12. Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿te ha hecho sentir gordo/a?

- ☐ Nunca
☐ Raramente
☐ Alguna vez
☐ A menudo
☐ Muy a menudo
☐ Siempre

13. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura/cuerpo?

- ☐ Nunca
☐ Siempre

- ☐ Raramente
- ☐ Alguna vez
- ☐ A menudo
- ☐ Muy a menudo
- ☐ Siempre

14. ¿Te has sentido excesivamente gordo/a o redondeado/a?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Alguna vez
- ☐ A menudo
- ☐ Muy a menudo
- ☐ Siempre

15. ¿Te has sentido acomplejado/a por tu cuerpo?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Alguna vez
- ☐ A menudo
- ☐ Muy a menudo
- ☐ Siempre

16. Preocuparte por tu figura/cuerpo, ¿te ha hecho poner a dieta?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Alguna vez
- ☐ A menudo

- ☐ Muy a menudo
- ☐ Siempre

17. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura/cuerpo cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo, por la mañana)?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Alguna vez
- ☐ A menudo
- ☐ Muy a menudo
- ☐ Siempre

18. ¿Has pensado que la figura/cuerpo que tienes es debido a tu falta de autocontrol?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Alguna vez
- ☐ A menudo
- ☐ Muy a menudo
- ☐ Siempre

19. ¿Te ha preocupado que otra gente vea "salvavidas/rotlos" alrededor de tu cintura o estómago?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Alguna vez
- ☐ A menudo
- ☐ Muy a menudo

- ☐ Siempre

20. ¿Has vomitado para sentirte más delgado/a?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Alguna vez
- ☐ A menudo
- ☐ Muy a menudo
- ☐ Siempre

21. Verte reflejado/a en un espejo, ¿te ha hecho sentir mal por tu figura/cuerpo?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Alguna vez
- ☐ A menudo
- ☐ Muy a menudo
- ☐ Siempre

22. ¿Te has pellizcado zonas del cuerpo para ver cuánta grasa tenías?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Alguna vez
- ☐ A menudo
- ☐ Muy a menudo
- ☐ Siempre

23. ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo, en vestuarios comunes de piscinas o duchas)?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Alguna vez
- ☐ A menudo
- ☐ Muy a menudo
- ☐ Siempre

24. ¿Has tomado laxantes para sentirte más delgado/a?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Alguna vez
- ☐ A menudo
- ☐ Muy a menudo
- ☐ Siempre

25. ¿Te has fijado más en tu figura/cuerpo estando en compañía de otras personas?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Alguna vez
- ☐ A menudo
- ☐ Muy a menudo
- ☐ Siempre

26. La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Alguna vez
- ☐ A menudo
- ☐ Muy a menudo
- ☐ Siempre

Muchas gracias por tu tiempo y participación.



Done

Powered by
SurveyMonkey®
See how easy it is to [create a survey](#).

Anexo 4. SF-36

 Apellidos y Nombre: Cod.
Fecha

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 VERSIÓN ESPAÑOLA 1.4

INSTRUCCIONES:
Las preguntas que siguen a continuación se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.
Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, diría usted que su salud es:
☐ (1) Mala
☐ (2) Regular
☐ (3) Buena
☐ (4) Muy Buena
☐ (5) Excelente

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
☐ (1) Mucho peor que hace un año
☐ (2) Algo peor que hace un año
☐ (3) Más o menos igual que hace un año
☐ (4) Algo mejor que hace un año
☐ (5) Mucho mejor que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL
Su salud actual, ¿le limita para...

	No, no me limita nada	Sí, me limita un poco	Sí, me limita mucho
	1	2	3
3. ...hacer esfuerzos intensos , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?	☐	☐	☐
4. ...hacer esfuerzos moderados , como mover una mesa, pasar la aspiradora o caminar más de una hora?	☐	☐	☐
5. ... coger o llevar la bolsa de la compra ?	☐	☐	☐
6. ... subir varios pisos por la escalera?	☐	☐	☐
7. ... subir un solo piso por la escalera?	☐	☐	☐
8. ... agacharse o arrodillarse ?	☐	☐	☐
9. ... caminar un kilómetro o más ?	☐	☐	☐
10. ...caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?	☐	☐	☐
11. ...caminar una sola manzana (unos 100 metros)?	☐	☐	☐
12. ... bañarse o vestirse por sí mismo ?	☐	☐	☐

Página 1 de 3
Página global de

 LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO Ó EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS
Durante las últimas 4 semanas...

(1) SÍ (2) NO

13. ...¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? ☐ ☐

14. ...¿hizo **menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física? ☐ ☐

15. ...¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? ☐ ☐

16. ...¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física? ☐ ☐

17. ...¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)? ☐ ☐

18. ...¿hizo **menos** de lo que le hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? ☐ ☐

19. ...¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)? ☐ ☐

20. ...¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
☐ (1) Nada
☐ (2) Un poco
☐ (3) Regular
☐ (4) Bastante
☐ (5) Mucho

21. ...¿tuvo dolor en alguna parte del cuerpo?
☐ (1) No, ninguno
☐ (2) Sí, muy poco
☐ (3) Sí, un poco
☐ (4) Sí, moderado
☐ (5) Sí, mucho
☐ (6) Sí, muchísimo

22. ...¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
☐ (1) Nada
☐ (2) Un poco
☐ (3) Regular
☐ (4) Bastante
☐ (5) Muchísimo

Página 2 de 3
Página global de

 LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

Durante las últimas 4 semanas...

	Siempre 6	Casi siempre 5	Muchas veces 4	Algunas veces 3	Sólo alguna vez 2	Nunca 1
23. ...¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. ...¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. ...¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nadie podía animarle?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. ...¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27. ...¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28. ...¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29. ...¿cuánto tiempo se sintió agotado?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30. ...¿cuánto tiempo se sintió feliz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
31. ...¿cuánto tiempo se sintió cansado?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32. ...¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECEN CIERTAS O FALSAS ESTAS AFIRMACIONES

	Totalmente cierta 5	Bastante cierta 4	No lo sé 3	Bastante falsa 2	Totalmente falsa 1
33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	☐	☐	☐	☐	☐
34. Estoy tan sano como cualquiera	☐	☐	☐	☐	☐
35. Creo que mi salud va a empeorar	☐	☐	☐	☐	☐
36. Mi salud es excelente	☐	☐	☐	☐	☐

Página 3 de 3
Página global de

Anexo 5. IPAQ

Anexo 5. CUESTIONARIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDAD FÍSICA (Octubre de 2002)

VERSIÓN LARGA FORMATO AUTO ADMINISTRADO - ÚLTIMOS 7 DÍAS PARA USO CON JÓVENES Y ADULTOS DE MEDIANA EDAD (18-69 años)

Los Cuestionarios Internacionales de Actividad Física (IPAQ, por sus siglas en inglés) contienen un grupo de 4 cuestionarios. La versión larga (5 objetivos de actividad evaluados independientemente) y una versión corta (4 preguntas generales) están disponibles para usar por los métodos por teléfono o auto administrada. El propósito de los cuestionarios es proveer instrumentos comunes que pueden ser usados para obtener datos internacionalmente comparables relacionados con actividad física relacionada con salud.

Antecedentes del IPAQ

El desarrollo de una medida internacional para actividad física comenzó en Ginebra en 1998 y fue seguida de un extensivo examen de confiabilidad y validez hecho en 12 países (14 sitios) en el año 2000. Los resultados finales sugieren que estas medidas tienen aceptables propiedades de medición para usarse en diferentes lugares y en diferentes idiomas, y que son apropiadas para estudios nacionales poblacionales de prevalencia de participación en actividad física.

Uso del IPAQ

Se recomienda el uso de los instrumentos IPAQ con propósitos de monitoreo e investigación. Se recomienda que no se hagan cambios en el orden o redacción de las preguntas ya que esto afectará las propiedades sicométricas de los instrumentos.

Traducción del Inglés y Adaptación Cultural

Traducción del Inglés es sugerida para facilitar el uso mundial del IPAQ. Información acerca de la disponibilidad del IPAQ en diferentes idiomas puede ser obtenida en la página de internet www.ipaq.ki.se. Si se realiza una nueva traducción recomendamos encarecidamente usar los métodos de traducción nuevamente al Inglés disponibles en la página web de IPAQ. En lo possible por favor considere poner a disposición de otros su version traducida en la página web de IPAQ. Otros detalles acerca de traducciones y adaptación cultural pueden ser obtenidos en la página web.

Otros Desarrollos de IPAQ

Colaboración Internacional relacionada con IPAQ es continua y un *Estudio Internacional de Prevalencia de Actividad Física* se encuentra en progreso. Para mayor información consulte la página web de IPAQ.

Información Adicional

Información más detallada del proceso IPAQ y los métodos de investigación usados en el desarrollo de los instrumentos IPAQ se encuentra disponible en la página www.ipaq.ki.se y en Booth, M.L. (2000). Assessment of Physical Activity: An International Perspective. Research Quarterly for Exercise and Sport, 71 (2): s114-20. Otras publicaciones científicas y presentaciones acerca del uso del IPAQ se encuentran resumidas en la página Web.

Anexo 6. Cuestionario Actividad Física

Actividad Física Estamos interesados en saber acerca de la clase de actividad física que la gente hace como parte de su vida diaria. Las preguntas se referirán acerca del tiempo que usted utilizó siendo físicamente activo(a) en los últimos 7 días. Por favor responda cada pregunta aún si usted no se considera una persona activa. Por favor piense en aquellas actividades que usted hace como parte del trabajo, en el jardín y en la casa, para ir de un sitio a otro, y en su tiempo libre de descanso, ejercicio o deporte. Piense acerca de todas aquellas actividades vigorosas que usted realizó en los últimos 7 días. Actividades vigorosas son las que requieren un esfuerzo físico fuerte y le hacen respirar mucho más fuerte que lo normal. Piense solamente en esas actividades que usted hizo por lo menos 10 minutos continuos.	1. Durante los ultimos 7 días, ¿Cuántos días realizó usted actividades físicas vigorosas como levantar objetos pesados, excavar, aerobicos, o pedalear rápido en bicicleta? Por favor indique en forma numerica la cantidad de días por semana 2. ¿Cuánto tiempo le tomó realizar actividades físicas vigorosas en uno de esos días? Horas por día Minutos por día No se/No estoy seguro(a) Piense acerca de todas aquellas actividades moderadas que usted realizó en los últimos 7 días. Actividades moderadas son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado y le hace respirar algo más fuerte que lo normal. Piense solamente en esas actividades que usted hizo por lo menos 10 minutos continuos. 3. Durante los últimos 7 días, ¿Cuántos días hizo usted actividades físicas moderadas tal como cargar objetos livianos, pedalear en bicicleta a paso regular, o jugar dobles de tenis? No incluya caminatas. Días por semana
--	---

4. Usualmente, ¿Cuánto tiempo dedica usted en uno de esos días haciendo actividades físicas moderadas?

Horas por día

Minutos por día

No se/No estoy seguro(a)

Piense acerca del tiempo que usted dedicó a caminar en los últimos 7 días. Esto incluye trabajo en la casa, caminatas para ir de un sitio a otro, o cualquier otra caminata que usted hizo únicamente por recreación, deporte, ejercicio, o placer.



5. Durante los últimos 7 días, ¿Cuántos días camino usted por al menos 10 minutos continuos?

Días por semana

6. Usualmente, ¿Cuánto tiempo pasó usted en uno de esos días caminando?

Horas por día

Minutos por día

No se/No estoy seguro(a)

La última pregunta se refiere al tiempo que usted permaneció sentado(a) en la semana en los últimos 7 días. Incluya el tiempo sentado(a) en el trabajo, la casa, estudiando, y en su tiempo libre. Esto puede incluir tiempo sentado(a) en un

escritorio, visitando amigos(as), leyendo o permanecer sentado(a) o acostado(a) mirando televisión.



7. Durante los últimos 7 días, ¿Cuánto tiempo permaneció sentado(a) en un día en la semana?

Horas por día

Minutos por día

Muchas gracias por su tiempo y participación.



Referencia:

Internacionales de Actividad Física (IPAQ, por sus siglas en ingles). <http://www.ipaq.ki.se>

Listo

Desarrollado por
SurveyMonkey®
Ve lo fácil que es [crear una encuesta](#).

Anexo 7. Cuestionario Calidad de Vida



FUNIBER
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL CARIBE

Calidad de vida

1. Este cuestionario sirve 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 esta seguro(a) que respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca mas apropiada. A veces, esta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las ultimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y marque su respuesta en la escala de cada pregunta. Gracias.

	Muy mal / insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante bien / satisfecho/a	Muy bien / satisfecho/a
¿Cómo clasificaría su calidad de vida?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Cuan satisfecho (a) esta con su salud?	☐	☐	☐	☐	☐

2. Las siguientes preguntas hacen referencia a CUANTO ha experimentado ciertos hechos en las ultimas dos semanas.

	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
¿En que medida piensa que el	☐	☐	☐	☐	☐

	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?					
¿Cuánto necesita de tratamiento medico para funcionar en su vida diaria?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Cuánto disfruta de la vida?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Hasta que punto siente que su vida tiene sentido?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Cuál es su capacidad de concentración?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Cuan saludable es el ambiente físico a su alrededor?	☐	☐	☐	☐	☐

3. Las siguientes preguntas hacen referencia a "CUAN TOTALMENTE" usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las ultimas dos semanas.

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	☐	☐	☐	☐	☐

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Hasta que punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	☐	☐	☐	☐	☐

4. Las siguientes preguntas hacen referencia a "CUAN SATISFECHO/A O BIEN" se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.

	Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho(a)	Muy satisfecho (a)
¿Cuan satisfecho esta con su sueño?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Cuan satisfecho esta con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Cuan satisfecho esta con su capacidad de trabajo?	☐	☐	☐	☐	☐

	Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho(a)	Muy satisfecho (a)
¿Cuan satisfecho esta de si mismo?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Cuan satisfecho esta con sus relaciones personales?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Cuan satisfecho esta con su vida sexual?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Cuan satisfecho esta con el apoyo que obtiene de sus amigos?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Cuan satisfecho esta de las condiciones del lugar donde vive?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Cuan satisfecho esta con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Cuan satisfecho esta con su transporte?	☐	☐	☐	☐	☐

5. La siguiente pregunta hace referencia a la FRECUENCIA con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas.

	Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza,	☐	☐	☐	☐	☐

Nunca Raramente Medianamente Frecuentemente Siempre

desesperanza, ansiedad, depresión?

Muchas gracias por su tiempo y participación.



Bibliografía:

Gaspar Navarro, Olga; Pelayo Bando, Salud; González Jiménez, Alberto. Calidad de vida y necesidades de formación en cuidadoras inmigrantes de personas dependientes. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/1c0572.php>

Done

Powered by


 See how easy it is to [create a survey](https://www.surveymonkey.com).

Anexo 8. Cuestionario Satisfacción con la Vida



FUNIBER
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DE INVESTIGACIÓN EN NEUROCIENCIAS

Escala de Satisfacción con la Vida

1. Por favor, indica tu grado de acuerdo con cada frase marcando el casillero apropiado (solo uno por afirmación). Por favor, se sincero con tu respuesta. Gracias.

	Muy en desacuerdo		Neutro		Muy de acuerdo
1. En la mayoría de los aspectos de mi vida es como yo quiero que sea.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Las circunstancias de mi vida son muy buenas.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Estoy satisfecho con mi vida.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes.	☐	☐	☐	☐	☐

Muy en desacuerdo

Neutro

Muy de acuerdo

5. Si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría casi nada.

Muchas gracias por su tiempo y participación.



Referencias y Bibliografía Relacionada:

Atienza, F. L., Balaguer, I., & García-Merita, M. L. (2003). Satisfaction with Life Scale: analysis of factorial invariance across sexes. *Personality and Individual Differences*, 35, 1255-1260.

Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I., & García-Merita, M. L. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 331-336.

Diener, E., Emmons, R., Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.

Pons, D., Atienza, F.L., Balaguer, I., & García-Merita, M. L. (2000). Satisfaction with Life Scale: analysis of factorial invariance for adolescents and elderly persons. *Perceptual and Motor Skills*, 91, 62-68.

Pons, D., Atienza, F.L., Balaguer, I., & García-Merita, M. L. (2002). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en personas de la tercera edad. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 13, 71-82.

Done

Powered by

Anexo 9. Artículo EmasF



Revista Digital de Educación Física

ISSN: 1989-8304 D.L.: J 864-2009

NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA, ESTADO PONDERAL Y SATISFACCIÓN CORPORAL EN LA POBLACIÓN LATINOAMERICANA Y ESPAÑOLA CON ESTUDIOS UNIVERSITARIOS.

Silvia Alicia Morales Nestares
Doctora de la Universidad de Jaén, España
Email: snestares2012@gmail.com

Pedro Ángel Latome Román
Profesor de la Universidad de Jaén, España
Email: platomer@ujaen.es

RESUMEN

En el estudio se analizó el nivel de actividad física (AF) el estado ponderal y la satisfacción con la imagen corporal (IC) en adultos latinoamericanos y españoles con estudios universitarios. Participaron 276 residentes en países de Latinoamérica y del sur de España, 125 hombres, 151 mujeres; 142 latinoamericanos (edad= 30.26±7.97 años) y 134 españoles (edad= 28.54±8.92 años). Se emplearon datos sociodemográficos a fin de obtener criterios de identificación de la muestra. Para analizar la AF se utilizó la versión corta del *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ). Para analizar la IC se empleó el *Body Shape Questionnaire* (BSQ). Los resultados muestran que los españoles presentaron mayor nivel de AF intensa, con diferencias significativas respecto a los latinoamericanos en ambos sexos. En la percepción subjetiva con respecto al estado de salud, no se encontraron diferencias significativas, aunque el análisis de correlación Pearson mostró una asociación positiva entre la percepción del estado de salud y el número de sesiones de entrenamiento físico y su duración. Con respecto a la satisfacción corporal existen diferencias significativas ($p<0.01$) en BSQ4 y BSQ5, los españoles presentan mayor puntuación en insatisfacción corporal (ISC) respecto a la parte inferior del cuerpo y empleo de vómitos o laxantes para reducir la ISC. Los hombres españoles muestran menor prevalencia de sobrepeso y obesidad que los latinoamericanos. En conclusión, los niveles de AF, prevalencia de sobrepeso y obesidad y satisfacción con IC difieren en adultos con estudios universitarios españoles y latinoamericanos.

PALABRAS CLAVE: Actividad física; imagen corporal; sobrepeso; obesidad

EmasF, Revista Digital de Educación Física, Año 8, Núm. 45 (marzo-abril de 2017)
http://emasf.webcindario.com

52

1. INTRODUCCIÓN

El siglo XXI ha incorporado varios cambios favorables en áreas como la ciencia, la tecnología, la educación y los derechos humanos pero también ha resultado una progresiva preocupación por la poca actividad física (AF) de la población. La falta de AF se considera hoy un importante problema de salud pública a nivel mundial debido a sus severas implicaciones para la salud. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) informó que en el 2005 se registraron aproximadamente 170,000 muertes en América Latina y el Caribe ocasionadas por la falta de AF. Los beneficios de la AF sobre la salud y los perjuicios que conlleva el sedentarismo, están ampliamente demostrados en la literatura científica, considerándose el ejercicio físico como una terapia antienvejecimiento (Blain, Vuillemin, Blain, & Jeandel, 2000; Castillo, Ortega, & Ruiz, 2005; Varo, Martínez, & Martínez-González, 2003). La AF es útil para prevenir varias enfermedades entre ellas la cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular, la hipertensión arterial, el cáncer de colon y mama, la diabetes tipo 2, la obesidad, la osteoporosis, la ansiedad y la depresión; estos beneficios se producen en ambos sexos y son mayores cuanto mayor es el volumen o la intensidad del ejercicio físico (Subirats, Subirats-Vila & Soleras-Martinez, 2012).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS-WHO) en 2003, la prevalencia de sedentarismo a nivel global en los adultos era del 17%, mientras que la de AF moderada era del 31% al 51%. Varela, Duarte, Salazar, Lema, & Tamayo (2011) en su estudio hace referencia al sedentarismo o la falta de AF cuando la persona no realiza una cantidad mínima de movimiento diario (por lo menos entre 25 y 30 minutos), que produzca un gasto energético mayor o igual a un 10% del que ocurre habitualmente al llevar a cabo las actividades cotidianas. Un nivel de AF moderada (es decir, con una frecuencia de dos a tres veces por semana durante un mínimo de 20 a 30 minutos), podría prevenir las consecuencias del sedentarismo (Gómez, 2005). Según las cifras de la OMS (2016), al menos un 60% de la población mundial no realiza la AF necesaria para obtener beneficios para la salud.

Los estudios obtenidos relacionados a la AF de la población son preocupantes. Un estudio realizado en Argentina (Argentina en Movimiento, 2000) encontró que aproximadamente el 60% de los hombres y el 75% de las mujeres entre las edades de 25 a 70 años no realizan AF regularmente. En Chile, un estudio realizado por la Clínica Alemana en Santiago, Chile (2002), demostró que el 88.8% de hombres y el 93.3% de mujeres pueden ser clasificados como sedentarios. Gómez, Mateus, & Cabrer (2004) en su estudio con 1045 mujeres bogotanas, entre 18 y 69 años, encontraron que el 79.1% no realizaba AF moderada como mínimo durante 10 minutos en el día. En el estudio de Lema, Salazar, Varela, Díaz, Rubio, & Botero (2009) con 598 universitarios caleños, el 77% realizaba poco o ningún tipo de ejercicio o práctica corporal durante al menos 30 minutos, con una frecuencia de tres veces a la semana. Estudios en España muestran cifras similares. Un estudio realizado con 1,512 alumnos universitarios de Murcia reveló que un 52.7% declararon estar participando en actividades físico deportivas, la mayor proporción es de hombres (Favón y Moreno, 2008). En otro estudio en donde participaron 1,493 jóvenes entre 18 y 29 años viviendo en áreas urbanas como también áreas rurales de España, autores como Hernán, Ramos y Fernández (2002) encontraron que el porcentaje de práctica deportiva estaba entre 42% y 66% en hombres y mujeres respectivamente. Finalmente, Ramón y Serra (2004) en un estudio con 1,130 mujeres

EmasF, Revista Digital de Educación Física, Año 8, Núm. 45 (marzo-abril de 2017)
http://emasf.webcindario.com

53

catalanas, encontraron que sólo 21.4% realizaba AF moderada y el 66% de las mujeres se consideraba sedentaria.

Con la expansión de los procesos de globalización, urbanización y desarrollo económico y tecnológico, se observa una tendencia a la menor AF y al incremento del sedentarismo en la población. La inactividad física constituye el cuarto factor de riesgo más importante de mortalidad en todo el mundo (6% de defunciones a nivel mundial). Solo la superan la hipertensión (13%), el consumo de tabaco (9%), y el exceso de glucosa en la sangre (6%). El sobrepeso y la obesidad representan un 5% de la mortalidad mundial (OMS, 2009). La inactividad física ha sido definida como el octavo factor contribuidor de las enfermedades crónicas (Um et al., 2012). Investigaciones fisiológicas y epidemiológicas recientes han permitido establecer las consecuencias negativas del sedentarismo para la salud (Owen, Sugiyama, Bakin, Gardiner, Tremblay, & Sallis, 2011). En particular, el patrón de sedentarismo está vinculado con la obesidad y varias condiciones crónicas de salud.

En 2014, las estadísticas mundiales mostraron que el 39% de los adultos padecen de sobrepeso. Entre los años 1980 y 2014, la prevalencia de obesidad mundial se duplicó, más de 1900 millones de adultos eran obesos (OMS, 2016). Asociado al sedentarismo nos encontramos con la prevalencia de sobrepeso y obesidad. La población española también se encuentra en una situación alarmante con respecto al padecimiento de sobrepeso y obesidad, presentando más de la mitad de la población riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Así la prevalencia de sobrepeso en la población española es del 34.2%, siendo mayor en los varones, de un 43.9% que en las mujeres que es de un 25.7% y la de obesidad es del 13.6%, sin existir diferencias entre sexos, además, el incremento del 1% de grasa corporal en la población está asociado al incremento del sedentarismo (Rodríguez-Rodríguez, López-Plaza, López-Sobaler & Ortega, 2011). Según la Encuesta Nacional de Salud de España (2011-2012), de cada 100 adultos de 18 y más años, 17 padecen obesidad y 37 presentan sobrepeso. La obesidad ha aumentado del 7,4% al 17,0% en los últimos 25 años. El 41,3% de la población se declara sedentaria, algo menos de la mitad de las mujeres 46,6% y más de un tercio de los hombres 35,9%. Considerando tanto la AF principal como el tiempo libre, el 40,9% de los adultos (15 a 69 años) realiza AF intensa o moderada, el 49,4% de los hombres y el 32,4% de las mujeres. La prevalencia del sobrepeso de personas de 20 años en adelante es más elevada en Nicaragua y El Salvador presentando un 69% a 70%, mientras que en Chile, Costa Rica y Guatemala está entre el 60% al 65%. La prevalencia en Honduras fue del 57,6% (OPS, 2007). Dos de cada tres personas que se encuentran entre los 19 a 59 años de edad en Ecuador, tienen prevalencia de sobrepeso (OPS/OMS 2015). En el 2014, la prevalencia de sobrepeso en México era del 64,4%, en Chile del 63,1%, en Venezuela del 62,3%, en Uruguay del 61,7%, en Costa Rica del 60,4%, en República Dominicana del 58,4%, en Colombia del 56,5%, en Bolivia del 52,1%, en Guatemala del 52%, en Honduras del 51,5%, en Nicaragua del 49,4%, y en Paraguay del 48,5% (OMS, 2014).

Por otro lado, la Fundación Imagen y Autoestima (2013) define a la IC como la representación mental que cada persona tiene de su aspecto físico. La maneja como las personas perciben su IC afecta decisivamente a su calidad de vida, a su autocuidado y a su salud a lo largo del ciclo vital. Una IC positiva promueve la salud física y emocional, refuerza la autoestima y disminuye la vulnerabilidad al daño (Montaña, 2008). Los mensajes de los medios de comunicación sobre el aspecto físico no son realistas para la mayoría de las personas y pueden conducir a

la IC (Benowitz, García, Massey, Vasagar y Borzekowski, 2012). No es sencillo explicar la cultura de la delgadez ya que los factores culturales y sociales ejercen un rol importante (Vaz, Salcedo, González & Alcantara, 1992). La influencia que está ejerciendo la cultura de la delgadez sobre la mujer es superior que la que ejerce sobre el hombre (Maganto y Cruz, 2000). Las mujeres mayores son vulnerables a estos mensajes de la sociedad y pueden experimentar fuertes presiones para mantener su juventud y la delgadez, desarrollando más síntomas de trastornos alimentarios como son la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa (Dominié, Dadoumont y Bourguignon, 2012). Con el envejecimiento y el deterioro corporal se hace cada vez más difícil mantener ese ideal social de belleza, lo que podría tener un impacto negativo en la calidad de vida y el estado nutricional (Marshall, Lengyel, Ulfah, 2012).

La IC puede llevar al uso excesivo e incluso adictivo del ejercicio físico y deportivo, no para mejorar la salud, sino más bien la estética (Bonilha, Antunes, Gimenez de Borja, De Mello Santiago, Tufik, & De Mello, 2011). La frecuencia elevada de ejercitación física se asocia con un aumento del nivel de conductas de tipo anoréxico y de preocupación por la apariencia entre las mujeres. En los hombres el aumento de la frecuencia de ejercitación se vincula con un nivel más elevado de autoestima y con una percepción más favorable de la apariencia física. También se verifica una asociación entre el ejercicio físico excesivo y las conductas de tipo bulímico (Varnado, Horton, & Savoy, 2006).

Teniendo en cuenta la anterior información, el objetivo de este estudio es analizar el nivel de AF y satisfacción corporal en relación con el sexo y estado ponderal de residentes de diferentes países latinoamericanos y residentes españoles con estudio universitario.

2. METODO

2.1. PARTICIPANTES

Se tuvo acceso a un número de 276 participantes con estudios universitarios y residentes en diferentes países centro y sudamericanos de habla hispana (Argentina, Bolivia, Chile, Costa Rica, Ecuador, Honduras, México, Nicaragua, Perú, República Dominicana y Uruguay) y residentes del sur de España, 125 hombres y 151 mujeres, 142 latinoamericanos (edad= 30.26±7.97 años) y 134 españoles (edad= 28.54±8.92 años). La muestra tuvo un carácter de conveniencia. En la tabla 1 se exponen las variables sociodemográficas de los participantes. Después de recibir información detallada sobre los objetivos y procedimientos del estudio, cada participante firmó un consentimiento informado para realizar el estudio. Como criterios de inclusión se tuvo en cuenta que los sujetos tuvieran estudios universitarios y no padecer limitaciones mentales o cognitivas. El estudio se realizó en cumplimiento de las normas de la Declaración de Helsinki (versión 2013) y siguiendo las directrices de la Comunidad Europea para la Buena Práctica Clínica (111/3374/88 de julio de 1990), así como el marco legal español para la investigación clínica en los seres humanos (Real Decreto 561/1993 sobre ensayos clínicos). Se contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad de Jaén.

2.2. INSTRUMENTOS

Se desarrolló un cuestionario sociodemográfico diseñado ad hoc para la presente investigación a fin de obtener datos de identificación de la muestra. Las variables incluidas en este cuestionario son: edad, peso, talla, AF, nivel de estudios, práctica deportiva, consumo de tabaco y alcohol. El IMC se calculó dividiendo el peso (en kilogramos) entre el cuadrado de la altura (en metros) (kg/m²). Para la estimación del IMC se utilizaron el peso y la estatura autoinformados dados las altas correlaciones que presentan con sus medidas antropométricas objetivas (Gallán, Gandanillas, Febrel y Meseguer, 2003) así según estos autores el análisis del IMC como variable continua, a partir de los datos de las medidas del peso y la talla auto declarados, tiene poco margen de error. Las recomendaciones de la OMS (2003) han sido empleadas para establecer los criterios de clasificación del grado de obesidad: bajo peso si IMC<18.5 kg/m²; normopeso si el rango de IMC =18.50-24.99 kg/m²; sobrepeso si IMC=25.00-29.99 kg/m² y obesidad si IMC>30 kg/m².

Para la evaluación de la ISC se utilizó el Body Shape Questionnaire (BSQ) (Cooper, Taylor, Cooper, y Fairburn, 1987) en su versión española (Raich, et al., 1996). Se trata de un cuestionario auto-administrado formado por 34 ítems que se evalúan mediante la siguiente escala (1 = Nunca, 2 = Raramente, 3 = A veces, 4 = A menudo, 5 = Muy a menudo, 6 = Siempre), de modo que el rango de la prueba es 34-204. Los factores que evalúa son cinco: BSQ 1: Preocupación por el peso, BSQ 2: preocupación por los aspectos antiestéticos de la obesidad, BSQ 3: Insatisfacción y preocupación corporal general, BSQ 4: ISC respecto a la parte inferior del cuerpo, BSQ 5: Empleo de vómitos o laxantes para reducir la ISC. Siguiendo a Cooper y Taylor (1988), a partir de la puntuación total se han establecido cuatro categorías o niveles de preocupación por la IC: no hay preocupación (puntuación <80), leve preocupación (puntuación entre 81 y 110), preocupación moderada (puntuación entre 111 y 140) y preocupación extrema (puntuación >141 puntos). En la adaptación española de Raich et al. (1996) se obtienen altos índices de consistencia interna (Alpha de Cronbach entre 0,95 y 0,97). El BSQ muestra elevada validez concurrente con otros instrumentos similares como el Multidimensional Body Self-Relations Questionnaire (MBSRQ) y la sub-escala de ISC del Eating Disorders Inventory (EDI) (Raich, Tomás y Riguera 1996). En este estudio se obtuvo un Alpha de Cronbach de 0,946.

Para el registro de la AF se empleó el cuestionario internacional de AF (IPAQ), en su versión corta, traducida al castellano (Craig et al. 2003). El IPAQ en su versión corta consta de 7 preguntas que incluye actividades laborales, físico-deportivas, caminar y el tiempo que la persona permanece sentada.

Por último, también se incluyó el tema 1 (la percepción de la salud) de la Encuesta *Healthy Short-Form 36* (SF-36), que se anotó con una calificación de 1 (deficiente) -5 (excelente). En este estudio se empleó la versión española del SF-36 (Alonso, Prieto & Antó, 1995). El cuestionario de salud SF-36 es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como también a la población general y ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud y AF.

2.3. PROCEDIMIENTO

Los datos se recogieron entre los meses de marzo a septiembre del 2015. Se enviaron las encuestas vía correo electrónico y también se distribuyeron en persona en diferentes medios sociales como instituciones académicas u organizaciones sin fines de lucro (ONGs). Se realizaron las encuestas a habitantes de diferentes países americanos de lengua hispana y residentes del sur de España (Andalucía). En todos los casos, se aseguró a los participantes el anonimato y la confidencialidad de los resultados. Los participantes completaron las encuestas voluntariamente. Los participantes desconocían la finalidad del estudio con el fin de evitar respuestas no sinceras y así reducir el efecto de deseabilidad social.

2.4. ANALISIS ESTADISTICO

Los datos de este estudio se han analizado mediante el programa estadístico SPSS, v.19.0 para Windows, (SPSS Inc, Chicago, USA), y se muestran en estadísticos descriptivos de media, desviación típica y porcentajes. Se analizaron los datos teniendo en cuenta el grupo de países americanos de lengua hispana vs. España. Se utilizó la prueba Chi cuadrado para analizar las variables categóricas sociodemográficas. Para la comparación de grupos por países de residencia se emplearon análisis de varianza (ANOVA) en relación con el BSQ, IMC y resto de variables sociodemográficas de carácter continuo, con pruebas de análisis post-hoc Bonferroni. Para el análisis comparativo de la percepción del estado de salud se empleó la prueba U Mann Whitney. Por último, se realizaron correlaciones Pearson entre diferentes variables. El nivel de significación se estableció en p<0.05.

3. RESULTADOS

El IMC se correlaciona de manera inversa con el número de sesiones semanales de entrenamiento (r=-0,179, p=0,021). La duración de las sesiones de entrenamiento se correlaciona de manera positiva con la percepción del estado de salud (r=0,192, p=0,012) e igualmente el número de sesiones de entrenamiento se correlaciona de manera positiva con la percepción del estado de salud (r=0,207, p=0,006). Finalmente el IMC correlaciona de manera significativa con el BSQ total (r=0,145, p=0,001).

En la tabla 1 se muestran las características sociodemográficas de los participantes por país de residencia. Los residentes españoles muestran un mayor número y duración de las sesiones de entrenamiento físico que los residentes de los países latino-americanos. No se observan diferencias significativas en la edad, peso y talla. El IMC sí muestra diferencias significativas.

Tabla 1: Características sociodemográficas de los participantes por país de residencia.

	Países Latino-Americanos Media (DT) N=140	España Media (DT) N=134	p-valor
Edad (años)	30.26 (7.97)	28.54 (8.92)	0.093
Peso (Kg)	68.87 (14.31)	66.12 (11.70)	0.087
Talla (m)	1.66 (0.93)	1.68 (0.86)	0.055
IMC (kg/m ²)	24.95 (3.71)	23.33 (3.84)	0.001

Estado de salud percibido (1-5)	3.29 (0.83)	3.34 (0.76)	0.691*
Número de sesiones semanales de entrenamiento físico	2.44 (1.41)	3.54 (1.58)	0.001
Duración de sesión de entrenamiento físico (min)	50.36 (40.80)	65.91 (35.46)	0.011
Hombres y mujeres (%)	50/50	40.3/59.7	0.106*

*chi cuadrado. † U Mann Whitney. DT (desviación típica).

En la tabla 2 se exponen los hábitos de consumo de tabaco, alcohol y práctica deportiva por país de residencia. Los españoles muestran mayor prevalencia de consumo de tabaco y alcohol que los residentes de los países latino-americanos. No se encuentran diferencias significativas en el porcentaje de práctica deportiva.

Tabla 2: Hábitos de vida relacionados con la salud por países de residencia.				
	Países latinoamericanos		España	
	n (%)	n (%)	n (%)	p-valor
Consumo de tabaco	Nunca	134 (93.7)	88 (66.2)	0.001
	A diario	0.0 (0.0)	23 (17.3)	
	Ocasional	3 (2.1)	12 (9)	
	Exfumador	6 (4.2)	10 (7.5)	
Consumo de alcohol	Abstemio	128 (91.4)	57 (44.2)	0.001
	Ex bebedor	5 (3.6)	2 (1.5)	
	Bebedor moderado	7 (5.0)	70 (54.3)	
	Bebedor excesivo	0.0 (0.0)	1 (0.2)	
Práctica de deporte	Si	62 (43.7)	63 (47.0)	0.576
	No	80 (56.3)	71 (53.0)	

En las figuras 1, 2 y 3 se exponen el estado ponderal por país de residencia en la muestra total y en relación con el sexo. Los españoles presentan mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad que los participantes latinoamericanos (22.3% 8.6% vs 39% 11%), diferencias que sólo son significativas en la comparativa con los hombres.

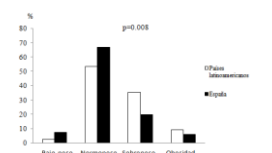


Figura 1. Estado ponderal por país de residencia en la muestra total.

En más: Revista Digital de Educación Física. Año 8, Num. 45 (marzo-abril de 2017)
http://emasf.webcindario.com

58

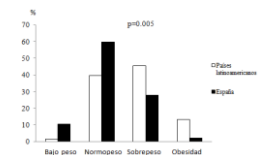


Figura 2. Estado ponderal por país de residencia en los hombres.

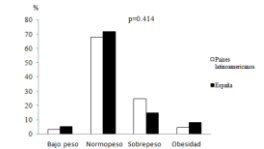


Figura 3. Estado ponderal por país de residencia en las mujeres.

En las figuras 4 y 5 se exponen el nivel de AF por país de residencia en la muestra total y en relación con el sexo. Los españoles presentan mayor prevalencia de alta AF con diferencias en ambos sexos.

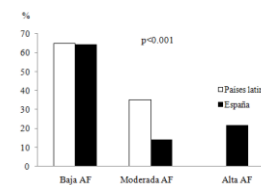


Figura 4. Nivel de AF por país de residencia en la muestra total.

En más: Revista Digital de Educación Física. Año 8, Num. 45 (marzo-abril de 2017)
http://emasf.webcindario.com

59

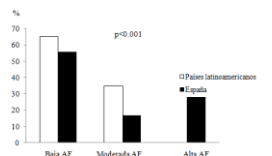


Figura 5. Nivel de AF por país de residencia en los hombres.

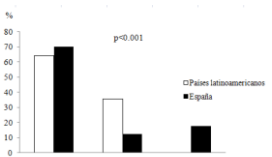


Figura 6. Nivel de AF por país de residencia en las mujeres.

En la tabla 3, se puede observar los resultados del BSQ en sus 5 subescalas y la puntuación total del BSQ en los hombres y mujeres de los países latinoamericanos y españoles. No hay diferencias por países en relación al sexo en BSQ1, BSQ2, y BSQ3. Se observa que existen diferencias significativas ($p < 0.01$) en BSQ4 y BSQ5. Los españoles presentan mayor puntuación en ISC respecto a la parte inferior del cuerpo y mayor empleo de vómitos o laxantes para reducir la ISC.

Tabla 3: Estadísticos descriptivos de los diferentes factores del cuestionario BSQ teniendo en cuenta el país de residencia.

	Países Latinoamericanos				España			
	Total	Hombres	Mujeres	p-valor	Total	Hombres	Mujeres	p-valor
BSQ1	16.84 (6.53)	17.03 (6.49)	16.65 (6.61)	0.766	15.67 (7.54)	16.38 (7.91)	15.21 (7.30)	0.365
BSQ2	8.62 (3.21)	8.54 (3.33)	8.70 (3.10)	0.826	8.87 (4.27)	9.10 (4.62)	8.72 (4.05)	0.587
BSQ3	4.44 (2.22)	4.45 (2.23)	4.43 (2.23)	0.965	4.80 (2.39)	4.90 (2.45)	4.73 (2.36)	0.700
BSQ4	3.60 (1.85)	3.37 (1.85)	3.45 (1.86)	0.437	4.30 (2.46)**	4.56 (2.82)	4.14 (2.19)	0.298

En más: Revista Digital de Educación Física. Año 8, Num. 45 (marzo-abril de 2017)
http://emasf.webcindario.com

60

BSQ5	2.54 (1.27)	2.48 (1.30)	2.61 (1.24)	0.640	3.22 (1.80)**	3.40 (2.08)**	3.10 (1.59)	0.303
BSQ	36.06 (12.26)	36.27 (12.34)	35.85 (12.29)	0.873	36.88 (16.51)	38.34 (17.72)	35.92 (15.70)	0.364

DT (Desviación típica). BSQ1: Preocupación por el peso. BSQ 2: Preocupación por los aspectos antropológicos de la obesidad. BSQ 3: Insatisfacción y preocupación corporal general. BSQ 4: ISC respecto a la parte inferior del cuerpo. BSQ 5: Empleo de vómitos o laxantes para reducir la ISC. ** $p < 0.01$ con grupo de países latinoamericanos.

4. DISCUSIÓN

Uno de los hallazgos más importantes de este estudio es que los residentes españoles presentan mayor prevalencia de alta AF con diferencias en ambos sexos. No solamente en AF pero también en la duración de ésta. Para que la AF en los adultos sea beneficiosa para la salud hay que realizarla un mínimo de tres veces por semana, a una intensidad de moderada a vigorosa y al menos 30 minutos diarios (ACSM, 1998; Balaguer & García-Menta, 1994; Morey, 1999; OMS, 2003; Pate et al, 1995; U.S. Department of Health and Human Services, 1994). Los adultos físicamente activos tienen un menor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares como las coronarias, las cerebrovasculares y la hipertensión arterial. Se observa este efecto de manera más notoria entre aquellas personas que realizan al menos 75 minutos de AF de intensidad vigorosa o al menos 150 minutos de AF de intensidad moderada a la semana (Cook, Alberts & Lambert, 2008; OMS, 2010; U.S. Department of Health and Human Services, 2008).

Mundialmente aproximadamente el 23% de personas mayores de 18 años no realizan la AF recomendada. En los países de ingreso altos, el 26% de hombres y 35% de mujeres tienen una AF insuficiente. Comparando estos datos con países de ingresos bajos, los hombres cuentan con un 12% y 24% para mujeres (OMS, 2015).

De acuerdo con estimaciones recientes, el 31% de la población adulta a nivel global es físicamente inactiva, con una prevalencia del 43.2% en las Américas. En esta región y en otras del mundo, las prevalencias de inactividad física se incrementan con la edad, siendo mayores en mujeres y más elevadas en países de bajos ingresos (Hallal, Andersen, Bull, Guthold, Haskell, & Ekelund, 2012).

De acuerdo con Matsudo (1997), la caída en el nivel de aptitud física de las poblaciones en todo el mundo aumenta la influencia de la mortalidad precoz causada por enfermedades de la "civilización", manifestando que el sedentarismo, como estilo de vida, puede ser un daño para el individuo y potencialmente perjudicial para la sociedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su estrategia "Salud para todos en el año 2010", incluyó entre sus objetivos la reducción de la prevalencia de sobrepeso y obesidad, así como el incremento de la práctica de AF moderada diaria, de modo que se realicen al menos durante 30 minutos. Cualquier práctica deportiva parcial debería ajustarse a las recomendaciones del Colegio Americano de medicina del Deporte (ACSM) para personas adultas: ejercicio cardiorespiratorio de moderada intensidad durante 30 minutos, 5 días por semana para un total de 150 minutos semanales o práctica de ejercicio cardiorespiratorio de intensidad vigorosa durante 20 min, 3 días a la semana (75 minutos semanales), o una combinación de ejercicios de moderada y vigorosa intensidad

En más: Revista Digital de Educación Física. Año 8, Num. 45 (marzo-abril de 2017)
http://emasf.webcindario.com

61

para lograr un gasto energético total de 2500-1000 MET por minutos semanales. Además, en 2 a 3 días a la semana, los adultos deben también realizar ejercicios de resistencia para cada uno de los principales grupos musculares y ejercicios neuromotores que impliquen equilibrio, agilidad y coordinación, completando una serie de ejercicios de flexibilidad para cada uno de los principales grupos musculares (en 22 días a la semana) (Garber, et al 2011).

Por otro lado, otro hallazgo relevante de este estudio es que los españoles presentan menor prevalencia de sobrepeso y obesidad que los participantes latinoamericanos (22.3%/8.6% vs. 39%/11%), diferencias que solo son significativas en la comparativa con los hombres.

Otro hallazgo del estudio es que los residentes españoles manifiestan tener más preocupación por la IC que los residentes de los países latinoamericanos cuando nos referimos a la parte interior del cuerpo y también pueden llegar a emplear vómitos o laxantes para modificar la IC. Los resultados de este estudio son contrarios a otros estudios previos ya que generalmente los estudios reflejan que cuanto más AF se practique menor es la IC (Feron, Naring, Cauderay, & Michaud, 1999; Martínez & Veiga 2007; Neumark-Stainer, Paxton, Hannan, Haines, & Store, 2006; Yilmaz & Akandere, 2003).

Por otro lado, y asociando la IC y el estado ponderal, en este estudio el BSC total correlaciona de manera positiva con el IMC. En este sentido, Casillas, Montaño, Reyes, Bacardi, & Jiménez (2006) señalaron una correlación positiva entre el grado de ISC y el IMC ($r=0.544$, $p<0.01$). Bully, Bosua & López-Jauregui (2012) encuentran efecto diferencial de la categoría del IMC en la ISC en mujeres adolescentes. Igualmente, Vamado, Horton, & Savoy (2006), también señalan asociación entre las categorías del IMC e ISC tanto en hombres y mujeres, destacando que los hombres con sobrepeso presentan niveles más elevados de preocupación por la IC. A su vez, Amoyo et al., (2008) observaron una correlación positiva entre el grado de insatisfacción con el % grasa corporal y el IMC. Mayor IMC se asocia con mayor ISC, menor reconocimiento de los colegas e intentos de perder peso (Mirza, Davis y Yanovski, 2005). Recientemente, otros autores (Streeter, Milhausen y Buchholz, 2012) confirman la asociación positiva entre el IMC, el % de masa grasa y la ISC sobre todo en mujeres.

Finalmente, también se observa en este estudio cuando exponemos los hábitos de consumo de tabaco, alcohol y práctica deportiva por país de residencia, que los españoles muestran mayor prevalencia de consumo de tabaco y alcohol que los residentes de los países latinoamericanos. Sin embargo, en la percepción subjetiva del estado de salud, no se encuentran diferencias significativas entre los países de residencia.

Algunas limitaciones deben ser consideradas en el estudio actual. Un pequeño tamaño de muestra fue la principal limitación, otra era la falta de información sobre los entornos sociales y físicos de los participantes. Futuros estudios deben resolver estas limitaciones.

5. CONCLUSIONES

Los españoles presentan mayor prevalencia de alta AF con un mayor número y duración de las sesiones de entrenamiento físico. A su vez, los españoles muestran menor prevalencia de sobrepeso y obesidad, pero en este caso con diferencias significativas solo en hombres. En el estudio observamos que a pesar que los residentes de los países latinoamericanos realizan menos AF que los residentes españoles, tienen mayor satisfacción de la IC, resultado contrario con estudios previamente mencionados.

Si bien los resultados de este estudio no se pueden generalizar a toda la población, se muestran como antecedentes para futuros estudios. Se requieren más investigaciones que ayuden a comprender y profundizar los fenómenos estudiados. Sin embargo, es trascendente reconocer los niveles de AF, el sobrepeso y obesidad, así también la satisfacción de la IC como factores claves en el desarrollo del concepto integral de la salud.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Alonso, J., Prieto, L. & Antó, J.M. (1995). Cuestionario de salud SF-36: Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-6.

American College of Sport Medicine (ACSM). (1998). The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness and flexibility in healthy adults. *Med Sci Sport Exerc.* 30(6), 975-991.

Argentina en Movimiento (2000). *Hábitos deportivos de la población Argentina – 2000*, investigación realizada por la Secretaría de Turismo y Deporte de la Nación, con el soporte calificado del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) así lo confirma.

Arroyo, M., et al. (2008). Valoración de la composición corporal y de la percepción de la imagen en un grupo de mujeres universitarias del país Vasco. *Nutr Hosp.* 23(4), 364-372.

Baloguer, I. & García-Merito, M.L. (1994). Ejercici físic i benestar psicológic. *Anuario de Psicologia*, 1, 2-26.

Benowitz, C.A., García, K., Massey, M., Vasagar, B. & Borzekowski, D.L. (2012). Body image, eating disorders, and the relationship to adolescent media use. *Pediatr Clin North Am.* 59(3), 493-704.

Blain, H., Vuillemin, A., Blain, A., & Jeandel, C. (2000). The preventive effects of physical activity in the elderly. *Presse Medicale*, 29(22), 1240-1248.

Bonilha V., Antunes, H. K., Giménez de Borja, P. R., De Mele Santiago, M. L., Tulik, S., & De Mele, M. T. (2011). Negative addiction to exercise: are there differences between genders? *Clinics*, 66(2), 255-260.

Bully, P., Bosura, P., & Lopez-Jauregui, A. (2012). Body dissatisfaction in adolescence. Changes in a decade. *Anales de Psicología*, 28(1), 196-202.

Casillas M., Montaño, N., Reyes V., Bacardi, M. & Jiménez, A. 2006. A mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal. *Revista Biomédica*; 17, 243-249.

Casillo M.J., Ortega FB, & Ruiz J. (2005). Mejora de la forma física como terapia antienvejecimiento. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 124(4), 146-55.

Clinica Alemana (2002). Sedentarismo chileno: ¿preocupante o una exageneración?. Santiago. Disponible en: <http://www.alemana.cl>

Cook, I., Alberts, M., & Lambert, E. V. (2008). Relationship between adiposity and pedometer assessed ambulatory activity in adult, rural African women. *International Journal of Obesity* (2005), 32(8), 1327-1330.

Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z. & Fairbum C. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.

Cooper, P.J., y Taylor, M.J. (1988). Body image disturbance in bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 153, 32-36.

Craig, C.L., Marshall, A.L., Sjostrom, M., Bauman, A.E., Booth, M.L., Ainsworth, B.E., et al. (2003). International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc.* 35, 1381-1395.

Dominé, F., Dadoumont, C. & Bouguignon, J.P. (2012). Eating Disorders throughout Female Adolescence. *Endocr Dev*, 22, 271-86.

Encuesta Nacional de Salud España, (2011/12). Recuperado de http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNacional11/informes/monograficos/Act_fis_dise_nocio_4.pdf

Feron, C., Naring, F., Cauderay, M., & Michaud, P.A., (1999). *Health Education Research*, 14(2), 225-233.

Rundación Imagen y Autoestima (2013). Recuperado de <http://www.f-ima.org/es>

Galán I., Gandarillas A., Febrel, C. & Meseguer C. (2001). Validación del peso y la talla auto declarados en población adolescente. *Gaceta Sanitaria*, 5(6), 490-497.

Gámez R. (2005). Intervenciones efectivas en promoción de la actividad física. *Kineaf*, 42, 58-61.

Garber, C.E., Blissmer, B., Deschenes M.R., Franklin, B.A., Lamonte M.J., Lee, et al (2011). American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Med Sci Sports Exerc.* 43(7), 1334-1359.

Gómez, L.F., Mateus, J.C., & Cabrera, G. (2004). Leisure-time physical activity among women in a neighborhood in Bogotá, Colombia: Prevalence and socio-demographic correlates. *Card Stud Publica*, 20, 1103-9.

Hallal, P.C., Andersen, L.B., Bull, F.C., Guthold, R., Haskell, W., & Ekland, U. (2012). Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *The Lancet*, 380(9838), 247-257.

Hernández, M., Ramos M., Fernández, A. (2002). *Salud y juventud*. Madrid: Consejo de la Juventud de España, Escuela Andaluza de Salud Pública.

Irma, L.F., Salazar, I.C., Varela, M.T., Díaz, J.A., Rubio, A., & Botero, A. (2009). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: Satisfacción con el estilo de vida. *Pens Psicol*, 5, 71-88.

Lim, S.S., Vos, T., Flaxman, A.D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., et al. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380(9859), 2224-2260

Maganto, C. & Cruz, S. (2000). La imagen corporal y los trastornos alimenticios: Una cuestión de género. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente*, 38, 45-48.

Marshall, C., Lengyel, C., & Utloh, A. (2012). Body dissatisfaction among middle-aged and older women. *Can J Diet Pract Res*, 2 (73), 241-247.

Martínez, D. & Veiga, O. (2007). Insatisfacción corporal en adolescentes: relaciones con la actividad física e índice de masa corporal. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 7 (27), 253-26.

Matsudo, V.K.R., (1997). Atividade Física e Saúde, São Paulo, *Âmbito Medicina Esportiva*, 7, 17-20.

Mirza, N.M., Davis, M.S., & Yanovski, J.A. (2005). Body dissatisfaction, self-esteem, and overweight among inner-city Hispanic children and adolescents. *J Adolescent Health*, 36(3), 267-316.

Montaño, I. (2008). Imagen corporal y envejecimiento. *Avances en psiquiatría biológica*, 9, 58-73.

Morey, S.S. (1999). ACSM revises guidelines for exercise to maintain fitness. *American Family Physician*, 59(2), 473

Neumark-Stainer, D., Paxton, S., Hannan, P.J., Haines, J., & Story, M. (2006). Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal association between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. *Journal of the American Dietetic Association*, 107(3), 48-456.

Organización Mundial de la Salud. (2016). Recuperado de <http://www.who.int/es>

Organización Mundial de la Salud. (2015). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en>

Organización Mundial de la Salud. (2014). Recuperado de <http://www.who.int/es>

Organización Mundial de la Salud. (2010). Recuperado de <http://www.who.int/es>

Organización Mundial de la Salud. (2009). Recuperado de <http://www.who.int/es>

Organización Mundial de la Salud. (2003). Recuperado de <http://www.who.int/es>

Organización Panamericana de la Salud. (2007). Recuperado de <http://www.pas.org>

Organización Panamericana de la Salud. (2015). Recuperado de <http://www.pas.org>

Organización Panamericana de la Salud. (2015). Recuperado de <http://www.pas.org>

Organización Panamericana de la Salud. (2005). Recuperado de <http://www.pas.org>

Owen, N., Sugiyama, T., Eakin, E. E., Gardiner, P. A., Tremblay, M. S., & Sallis, J. F. (2011). Adults' sedentary behavior determinants and interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 41(2), 189-196.

Pavon, A. & Moreno, J.A. (2008). Actitud de los universitarios ante la práctica físico-deportiva: Diferencias por géneros. *Rev Psicol Deport*, 17, 7-23.

Pate, R.R., Pratt, M., Blair, S.N., Haskell, W.L., Macera, C.A., Bouchard, C., et al. (1995). Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sport Medicine. *JAMA*, 27(5), 402-407.

Ramon, J.R., & Serra, L. (2004). *Hábitos alimentarios y actividad física en el tiempo libre de las mujeres adultas catalanas* (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina. Recuperado de <http://www.tesisenxarxa.net/TDX-0314105-115414/index.html>

Raich, R.M., Mora, M., Soler, A., Avila, C., Clos, I. & Zapater L. (1996) Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clinica y Salud*, 7, 51-66.

Raich, R.M., Tomas, J. y Figueras, M. (1996). Estudio de la imagen corporal y su relación con el deporte en una muestra de estudiantes universitarios *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 604-624.

Rodríguez-Rodríguez, E., Lopez-Plaza, B., Lopez-Sobaler, A.M., & Ortega, R.M. (2011). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos españoles. *Nutrición Hospitalaria* 26(2), 355-363.

Sreeter, V.M., Milhausen, R.R., & Buchholz, A.C. (2012). Body image, body mass index, and body composition in young adults. *Can J Diet Pract Res*, 73(2), 78-83.

Subiat, E., Subiat-Vila, G., & Soteras-Martínez, I. S. (2012). Prescripción de ejercicio físico: indicaciones, posología y efectos adversos. *Medicina Clínica*, 138(1), 18-24.

U. S Department of Health and Human Services. (1996). *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*. Recuperado de <http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/pdf/sgrfull.pdf>

US Department of Health and Human Services. (2008). *Physical Activity Guidelines for Americans*. Recuperado de <http://www.health.gov/paguidelines>

Varela, M.T., Duarte, C., Salazar, I.C., Lema, L.F., & Tamayo, J.A. (2011). Actividad física y sedentarismo en jóvenes universitarios de Colombia: prácticas, motivos, y recursos para realizarla. *Colomb Med*; 3(42), 269-277.

Vamado, P.J., Horton, R. y Savoy, S. (2006). Differences for gender, weight and exercise in body image disturbance and eating disorder symptoms. *Eat Weight Disorder*, 3 (11), 118-125.

Varo, J.J., Martínez, J.A., & Martínez-González, M.A. (2003). Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 121, 665-72.

Vaz, F.J., Salcedo, M.S., González, F. & Alcaina, T. (1992). Factores socioculturales en la imagen corporal en la mujer. *Psiquiatría Pública*, 4(1), 32-37.

Yilmaz, A., Akandere, M., (2003). Effect of Sports Activities on Life Levels for Women. *International Journal of Sports Psychology*, 34, pp. 322-328

Fecha de recepción: 16/12/2016
 Fecha de aceptación: 01/02/2017