



**Universidad
Zaragoza**

Grado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte

Trabajo de fin de grado

“ASOCIACIONES TRANSVERSALES ENTRE EL TIPO DE
DEPORTE DE COMPETICIÓN Y LA CALIDAD DE VIDA
DURANTE LA ADOLESCENCIA TEMPRANA”

“CROSS SECTIONAL ASSOCIATIONS BETWEEN THE
TYPE OF COMPETITIVE SPORT AND QUALITY OF LIFE
DURING EARLY ADOLESCENCE”

Autor/es

Rebeca Pérez Duato

Director/es

Alejandro Legaz Arrese

Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte

2020/21

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS	8
METODOLOGÍA.....	9
RESULTADOS	13
DISCUSIÓN.....	38
LIMITACIONES Y FUTURAS INVESTIGACIONES.....	49
CONCLUSIONES	50
CONCLUSIONS.....	51
BIBLIOGRAFÍA	51
ANEXO	59
CUESTIONARIO KIDSCREEN-52	59

RESUMEN

Objetivo: determinar las asociaciones transversales entre la práctica o no de deporte y según el tipo de competición y de deporte con la calidad relacionada con la salud (CVRS) durante la adolescencia temprana.

Metodología: evaluamos en 7613 adolescentes (3685 chicas), 2738 de 11-13 años y 4875 de 14-16 años la CVRS (Kid-Screen-52). 815 sujetos no hacían deporte, 2951 hacían deporte no competitivo y 3847 competían en deportes individuales y colectivos de modalidades incluidas en el programa de los JJOO de verano y que fueron categorizados como continuos, técnicos, equipo, gimnásticos, combate, potencia y raqueta.

Resultados: los adolescentes que no realizaban deporte mostraron peor CVRS que los que realizaban deporte no competitivo ($p = 0.000$). Los adolescentes que realizaban deporte no competitivo mostraron peor CVRS que los que realizaban deporte competitivo ($p = 0.000$). No se observaron diferencias especialmente relevantes en la CVRS entre los adolescentes que competían en deportes individuales o colectivos, ni en función del tipo de deporte. La CVRS en chicas fue menor que la de los chicos en las dimensiones física y psicológica, pero mejor en el ámbito social. En ambos sexos la CVRS empeoró al incrementar la edad de los adolescentes. El sexo y la edad no tuvieron influencia relevante en la asociación entre la CVRS con la práctica de deporte, tipo de competición y tipo de deporte.

Conclusiones: la práctica de deporte, especialmente de deporte competitivo está asociado con mejor CVRS en sujetos de ambos sexos durante la adolescencia temprana, sin influencia relevante del tipo de competición y del tipo de deporte.

Palabras clave: CVRS, Kidscreen-52, deporte competitivo, adolescentes, bienestar

ABSTRACT

Objective: to determine the cross-sectional associations between the practice or not of sport and according to the type of competition and sport with health-related quality (HRQoL) during early adolescence.

Methodology: we evaluated the HRQoL (Kid-Screen-52) in 7613 adolescents (3685 girls), 2738 of 11-13 years and 4.875 of 14-16 years. 815 subjects did not play sports, 2951 did non-competitive sports and 3.847 competed in individual and collective sports of modalities included in the summer Olympics program and which were categorized as continuous, technical, team, gymnastics, combat, power and racket.

Results: adolescents who did not participate in sports showed worse HRQoL than those who participated in non-competitive sports ($p = 0.000$). Adolescents who participated in non-competitive sports showed worse HRQoL than those who participated in competitive sports ($p = 0.000$). No particularly relevant differences were observed in HRQoL among adolescents who competed in individual or group sports, or depending on the type of sport. The HRQoL in girls was lower than that of boys in the physical and psychological dimensions, but better in the social sphere. In both sexes, HRQoL worsened with increasing age of the adolescents. Sex and age did not have a relevant influence on the association between HRQoL with the practice of sport, type of competition and type of sport.

Conclusions: the practice of sport, especially competitive sport, is associated with better HRQoL in subjects of both sexes during early adolescence, without relevant influence of the type of competition and the type of sport.

Keywords: HRQoL, Kidscreen-52, competitive sport, adolescents, well-being

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es el período de la vida humana que sigue a la niñez y precede a la edad adulta, aproximadamente entre los 10 y los 19 años. Se trata de un período con multitud de cambios biológicos, psicológicos y socioculturales, que requiere de una gran flexibilidad para llegar y adaptarse a la vida adulta. Estos cambios, lo convierten en una “ventana crítica” en cuanto a la adquisición y el desarrollo de comportamientos y hábitos de vida que se mantendrán en la etapa adulta (de Souza *et al.*, 2017). Además, es un período con un alto riesgo de desarrollar trastornos mentales (Membride, 2016), alimenticios (Barajas-Iglesias *et al.*, 2017) y una mala calidad de vida en general (Brand *et al.*, 2017)

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es una medida holística relacionada con el bienestar y la salud biológica, social y emocional (Ravens-Sieberer *et al.*, 2014; Evans, 1994). Es un indicador de salud complejo que se compone de diferentes dimensiones que evalúan el bienestar físico, psicológico y social (Berman *et al.*, 2016; Ravens-Sieberer *et al.*, 2014; Tebe *et al.*, 2008). La CVRS en niños y adolescentes se compone de diez dimensiones diferentes: bienestar físico, psicológico, estado de ánimo, autopercepción, autonomía, vida familiar, recursos económicos, amigos y apoyo social, entorno escolar y aceptación social/bullying (Berra *et al.*, 2013; Tebe *et al.*, 2008).

El concepto de CVRS ha ganado atención en las últimas décadas por haber encontrado este concepto como un fuerte predictor de la mortalidad y morbilidad, más relevante que otros predictores objetivos de la salud (DeSalvo *et al.*, 2006; Dominick *et al.*, 2002). Encontrar factores modificables que influyen en esta CVRS pueden ayudar a prevenir enfermedades y discapacidades, además de promover el bienestar general en diferentes poblaciones. La CVRS se asocia con factores socioeconómicos y variables relacionadas

con una vida sana, como el índice de masa corporal (IMC), la ingesta de alcohol, el tabaquismo y la actividad física y el deporte (Ellina *et al.*, 2019; Marker *et al.*, 2018; Wu *et al.*, 2017; Bize *et al.*, 2007). Además, también se conoce que la CVRS disminuye con la edad en adolescentes (Haraldstad *et al.*, 2017; Meade y Dowswell, 2015), por lo que identificar factores que prevengan o disminuyan esta caída siempre es deseable.

Se ha encontrado que la actividad física, en concreto la que se lleva a cabo mediante el deporte, se relaciona de forma muy positiva con la CVRS. La revisión sistemática de Wu *et al.*, (2017), tras revisar 31 estudios de tipo transversal y longitudinal, encontraron que niveles más altos de actividad física se asociaban con una mejor CVRS, y que un tiempo más alto de sedentarismo se relacionaba con una menor CVRS en niños y adolescentes sanos. Esta asociación entre actividad física y CVRS, era independiente de la edad, el sexo, el peso o las características socioeconómicas. Además, la actividad física muestra una relación positiva en todas las escalas y subescalas de la CVRS: física, psicológica y social (bin Shahril *et al.*, 2016; Omorou *et al.*, 2016;). Otras revisiones, como la de Marker (2018), encuentran los mismos resultados positivos entre actividad física y CVRS. En el estudio de da Costa *et al.*, (2020) encontraron, además, que la CVRS para aquellos adolescentes que practicaban deporte y no solo actividad física sin deporte era mayor. Aquellos que eran plenamente activos (practicaban deporte y además cumplían con las recomendaciones de actividad física) poseían mayores puntuaciones de CVRS en comparación a los sujetos inactivos (no realizaban deporte ni cumplían las recomendaciones de actividad física). Además, en este estudio, la actividad física que no incluía deporte no se relacionó con un aumento positivo en ninguna dimensión de la CVRS, lo que puede indicar, con literatura previa, que la actividad física sin deporte por sí sola puede no ser suficiente para aumentar la CVRS, al depender esta de muchos más factores (Freire y Ferreira, 2018).

En relación al deporte de competición, el meta-análisis de Houston *et al.*, (2016) de ocho estudios, sugiere que los deportistas adolescentes reportan una mayor CVRS que aquellos que no practican deporte, aunque también reportan que las diferencias pueden ser o no significativas. Otros estudios como el de Snyder *et al.*, (2010), encontraron en una muestra de 325 adolescentes que los deportistas reportaban mejores valores de CVRS en todos los ámbitos (físico, mental y social) en comparación con los no deportistas.

Otros estudios, además, examinan estas relaciones desde una perspectiva diferente a la CVRS: el estudio de Appelqvist-Schmidlechner *et al.*, (2018), encontró en 680 adultos de entre 20 y 35 años que la participación de deportes en la infancia y adolescencia se asociaba a un mejor bienestar mental en adultos jóvenes. Además, aquellos que habían participado en deportes competitivos o habían practicado deporte en un club deportivo mostraban una menor angustia mental. Los resultados indican que, a mayor nivel de intensidad de participación o nivel de competición, menores eran las experiencias de angustia mental en la adultez. Existen otros estudios que reportan resultados similares (Dore *et al.*, 2018; Snedden *et al.*, 2018). Dado que existen resultados no tan significativos, como el del meta-análisis de Houston *et al.*, (2016), este estudio puede ayudar a arrojar luz sobre esta cuestión.

En relación al tipo de deporte practicado, actualmente apenas encontramos literatura que estudie esta cuestión. Aquellos autores que sí lo hacen, no obstante, realizan una clasificación diferente a la apuesta de este trabajo de fin de grado. Los estudios de Moeijes *et al.*, (2019a, 2019b) y Appelqvist-Schmidlechner *et al.*, (2021) analizan factores del deporte, como si se entrena en grupo o no, si se realiza o no en la naturaleza, si se pertenece a un club o si compiten. Ambos artículos revelan que la frecuencia de la participación en el deporte parece ser mucho más importante para la CVRS en niños que

el tipo de deporte/s que se practica, aunque todas las características nombradas anteriormente se asocian con una mayor CVRS.

Sin embargo, la clasificación de los deportes utilizada en este trabajo de fin de grado es mucho más extensa, la dividimos en: deportes continuos, técnicos, de equipo, gimnásticos, de combate, de potencia y de raqueta. Con esto, queremos comprobar si entre estas grandes categorías que engloban prácticamente todos los deportes encontramos diferencias en la CVRS, y no únicamente en ciertos factores. Además, tenemos en cuenta otros factores como el metabolismo predominante en estos deportes o si es individual o colectivo, para poder entender con más profundidad en el caso de existir diferencias significativas.

Bajo mi conocimiento, no existe ningún estudio que estudie todavía estas relaciones, por ello queremos ver si bajo esta clasificación existen diferencias en la CVRS entre deportes.

OBJETIVOS

En este trabajo tenemos dos objetivos principales:

1. El primer objetivo es identificar y explicar las posibles diferencias entre la CVRS de adolescentes españoles deportistas competitivos, no deportistas y deportistas no competitivos de entre 11 y 16 años, según la edad y el sexo.
2. El segundo objetivo es conocer y analizar las posibles diferencias de CVRS en función del tipo de competición y tipo de deporte practicado en adolescentes españoles deportistas competitivos de entre 11 y 16 años en función del sexo.

Estos objetivos son bastante amplios, ya que conlleva analizar muchas relaciones y factores que pueden afectar a la calidad de vida: el interés de este trabajo.

METODOLOGÍA

Diseño

El presente Trabajo de Fin de Grado se desarrolla en el marco del grupo de Investigación Movimiento Humano de la Universidad de Zaragoza. Este grupo lleva a cabo una investigación de tipo transversal sobre la influencia del nivel competitivo en la salud de adolescentes españoles. El estudio comenzó en el año 2017 y con el objeto de incrementar el número de sujetos reclutados ha continuado durante los años 2018 y 2019. Todos los datos se recogen mediante cuestionarios online de una duración de 50-60 minutos. Los procedimientos de este proyecto fueron aprobados por el Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (PI17/0339) y cumplieron con los principios de la última revisión de la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013). En este Trabajo de Fin de Grado focalizamos la atención sobre los resultados obtenidos para determinados grupos de población para la CVRS.

Procedimiento y participantes

De la muestra nombrada con anterioridad, en este trabajo se ha focalizado la atención en una población concreta: los sujetos de ambos sexos de entre 11 y 16 años (adolescencia temprana).

La muestra tiene 7613 sujetos de ambos sexos de 11 a 16 años (véanse Tablas 1-5). Los sujetos fueron categorizados según la práctica o no de deporte y según el tipo de competición: deportes continuos, deportes técnicos, deportes de equipo, deportes gimnásticos, deportes de combate, deportes de potencia y deportes de raqueta (véanse Tablas 8 y 9). El resto de sujetos forman parte de grupos control de no deportistas y deportistas que no compiten.

Para reclutar a los deportistas que compiten a nivel nacional e internacional se contactó con las Federaciones Deportivas Españolas y Autonómicas, Centros de Alto Rendimiento Deportivo, Centros de Tecnificación Deportiva, y los 40 clubs de cada disciplina deportiva con mayor nivel de rendimiento según el sexo en las categorías correspondientes a la adolescencia. De este modo, se contactó a través de e-mail, carta y teléfono a cada uno de los clubs e instituciones para invitarles a la participación en el estudio. En dicha invitación, se incluye una breve introducción al estudio, una explicación de que la participación es anónima y voluntaria, un enlace al cuestionario online y una solicitud para que la información se distribuya entre todos los deportistas que compitan a nivel nacional e internacional. Se focalizó la atención en las 44 disciplinas deportivas incluidas en el programa de los Juegos Olímpicos de Verano para garantizar una gran variedad de deportes y una elevada muestra de adolescentes. Los deportistas de nivel local-regional, los deportistas que no compiten y los no deportistas fueron reclutados a través de la invitación a participar en el estudio realizada a todos los institutos educativos de las provincias de Alicante, Sevilla y Zaragoza. Los criterios de inclusión para los deportistas que compiten son los siguientes: entrenar al menos dos días a la semana y tener al menos 6 meses de experiencia en el entrenamiento y competición de una disciplina deportiva incluida en el programa de los Juegos Olímpicos de Verano. Los deportistas que no compiten también debían realizar la práctica deportiva al menos 2 días/semana durante los últimos 6 meses. Los no deportistas fueron incluidos en el estudio si no realizaban deporte competitivo y estaban categorizados con niveles bajos de actividad física según los criterios del PAQ-A, menos de 3 puntos (Voss *et al.*, 2017; Benítez-Porres *et al.*, 2016), y según los criterios del PACE, de 0 a 2 días a la semana con al menos 60 minutos de actividad física moderada y vigorosa (McDowell *et al.*, 2017; McMahon *et al.*, 2017). Finalmente, como criterios de exclusión para todos los grupos

del estudio son los siguientes: presentar cualquier infección aguda que dure hasta una semana antes de la inclusión o cualquier enfermedad crónica, limitación física y/o psicológica que pueda limitar los niveles de actividad física o una lesión que pueda afectar la participación en sus respectivos deportes y/o en cualquier variable considerada en el estudio.

Se pidió a los participantes que respondieran al cuestionario online durante el mes de febrero para evaluar todas las variables del estudio, incluidos los cuestionarios estandarizados y validados que se describen a continuación. La elección del mes de febrero garantiza que los deportistas estén en una fase avanzada de la temporada de entrenamiento y la limitación temporal permite además controlar el posible efecto estacional. El diseño de Internet evitó la pérdida de datos y la realización de cuestionarios incompletos.

Actividad física y deporte

Para conocer los niveles de actividad física, se ha empleado el Cuestionario de actividad física para Adolescentes (PAQ-A) (Martínez-Gómez *et al.*, 2009, Kowalski *et al.*, 1997). Este cuestionario pregunta a los sujetos que evalúen su nivel de actividad física en su tiempo libre, en clases de educación física y en diferentes horarios (hora del almuerzo, tarde y noche) en los días escolares y fines de semana durante los últimos 7 días. El cuestionario utiliza una escala tipo Likert de 5 puntos para obtener una puntuación global de actividad física de 1 a 5. Una puntuación más baja indica un menor nivel de actividad física. La actividad física también se evaluó utilizando una versión modificada del cuestionario PACE para adolescentes (Prochaska *et al.*, 2001). Esta adaptación ha sido utilizada en estudios epidemiológicos con adolescentes europeos (McMahon *et al.*, 2017)

y conlleva preguntar los días que los sujetos acumulan al menos 60 minutos de actividad física moderada y vigorosa durante los últimos 14 días.

Además, adaptando la metodología propuesta por McMahon *et al.*, (2017), a los sujetos se les preguntaba también si habían participado en entrenamientos, al menos dos veces por semana en los últimos 6 meses, para competir en algún deporte. Se les preguntaba también por los años de práctica a nivel de competición y el número actual de sesiones/semana y horas/semana. Los deportes fueron codificados como deporte de equipo o deporte individual atendiendo a si involucran a tres o más deportistas en cada equipo compitiendo de forma simultánea (Zhou *et al.*, 2015). Siguiendo la tradicional clasificación de Sundgot-Borgen y Larsen (1993) también diferenciaremos entre deportes continuos, deportes técnicos, deportes de equipo, deportes gimnásticos, deportes de combate, deportes de potencia y deportes de raqueta. Finalmente, los deportes se categorizaron como de práctica prioritaria al aire libre o en sala y en función del metabolismo predominante.

Evaluación física, edad y sexo

El índice de masa corporal se calculó según los valores reportados de peso y talla. También se realizaron comparaciones entre los diferentes sexos y grupos de edad, dividiendo la muestra en chicos y chicas, y en adolescentes de 11-13 años y 14-16 años. Se registraron datos de otras variables sociodemográficas no utilizadas en este trabajo.

Calidad de vida relacionada con la salud

El cuestionario utilizado ha sido el Kid-Screen-52, utilizado para la evaluación de esta variable en niños y adolescentes (Ravens-Sieberer *et al.*, 2006; Aymerich *et al.*, 2005). En este caso, se utilizó la versión completa del cuestionario. Esta versión consta de 52

ítems que cubren diez dominios diferentes del funcionamiento social, físico y psicológico de los niños y adolescentes: funcionamiento físico, funcionamiento psicológico, estados de ánimo y emociones, autopercepción, autonomía, relaciones con los padres y la vida familiar, recursos financieros, apoyo social y compañeros, ambiente escolar, y aceptación social. Una puntuación más alta refleja un mejor funcionamiento en los respectivos dominios.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó utilizando el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales de IBM (IBM SPSS Statistics para Windows, versión 20.0; IBM Corp, Armonk, NY). Los datos de cohortes se presentan como media \pm desviación estándar. Se determinó la parametricidad de las variables a través de los tests de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk. La comparación de medias para variables no paramétricas entre dos grupos se estableció mediante la prueba U de Mann-Whitney. La comparación de más de dos grupos se realizó con la prueba H de Kruskal-Wallis. Los valores se consideraron significativos si $p < 0.05$.

RESULTADOS

Características de la muestra

En la Tabla 1 se muestran las características de la muestra según el sexo. Los chicos tuvieron mayor IMC, nivel de actividad física, años de práctica deportiva y frecuencia de entrenamiento semanal.

Tabla 1. Características de la muestra según el sexo.			
	Chicos (n = 3928)	Chicas (n = 3685)	<i>p</i>
Edad	14.1 (1.4)	14.0 (1.4)	0.258
IMC	20.4 (3.5)	20.0 (3.1)	0.000
Actividad física	2.7 (0.7)	2.4 (0.7)	0.000
<i>Entrenamiento</i>			
Años de práctica	6.7 (3.2)	5.6 (3.1)	0.000
Horas/semana	7.3 (4.7)	8.1 (6.1)	0.482
Días/semana	3.9 (1.3)	3.8 (1.4)	0.017
2486 chicos y 1439 chicas para las variables de entrenamiento. La actividad física muestra los valores del Cuestionario de Actividad Física PAQ-A.			

En ambos sexos los sujetos de 14-16 años tienen respecto a los sujetos de 11-13 años mayor IMC, menor nivel de actividad física y mayor nivel de entrenamiento (Tablas 2 y 3).

Tabla 2. Características de la muestra masculina según la edad.

	11-13 años (n = 1387)	14-16 años (n = 2541)	<i>p</i>
Edad	12.5 (0.7)	15.0 (0.8)	0.000
IMC	19.1 (3.5)	21.1 (3.3)	0.000
Actividad física	2.9 (0.7)	2.6 (0.6)	0.000
<i>Entrenamiento</i>			
Años de práctica	6.0 (2.7)	7.2 (3.3)	0.000
Horas/semana	6.4 (4.0)	7.9 (5.0)	0.000
Días/semana	3.8 (1.3)	4.1 (1.3)	0.000

933 sujetos de 11-13 años y 1553 de 14-16 años para las variables de entrenamiento. La actividad física muestra los valores del Cuestionario de Actividad Física PAQ-A.

Tabla 3. Características de la muestra femenina según la edad.			
	11-13 años (n = 1351)	14 – 16 años (n = 2334)	<i>p</i>
Edad	12.5 (0.7)	15.0 (0.8)	0.000
IMC	18.8 (2.9)	20.7 (3.0)	0.000
Actividad física	2.6 (0.7)	2.3 (0.6)	0.000
<i>Entrenamiento</i>			
Años de práctica	4.8 (2.5)	6.1 (3.3)	0.000
Horas/semana	7.7 (6.2)	8.3 (6.0)	0.004
Días/semana	3.8 (1.5)	3.9 (1.4)	0.056
578 sujetos de 11-13 años y 861 de 14-16 años para las variables de entrenamiento. La actividad física muestra los valores del Cuestionario de Actividad Física PAQ-A.			

Para la globalidad de la muestra observamos diferencias significativas en edad, IMC y nivel de actividad física entre no deportistas y deportistas que no compiten (Tabla 4). También observamos diferencias en estas variables entre los deportistas que no compiten y los deportistas que compiten (Tabla 5).

Tabla 4. Características de la muestra según la práctica o no de deporte no competitivo

	No deportistas (n = 815)	Deportistas que no compiten (n = 2951)	<i>p</i>
Edad	14.5 (1.3)	14.1 (1.4)	0.000
IMC	20.9 (4.0)	20.4 (3.5)	0.000
Actividad física	1.7 (0.4)	2.5 (0.6)	0.000

La actividad física muestra los valores del Cuestionario de Actividad Física PAQ-A.

Tabla 5. Características de la muestra según la práctica o no de deporte competitivo.

	Deportistas que no compiten (n = 2951)	Deportistas que compiten (n = 3847)	<i>p</i>
Edad	14.1 (1.4)	14.0 (1.4)	0.005
IMC	20.4 (3.5)	19.9 (3.0)	0.000
Actividad física	2.5 (0.6)	2.8 (0.6)	0.000

La actividad física muestra los valores del Cuestionario de Actividad Física PAQ-A.

En la comparación según la práctica de deporte individual o colectivo observamos diferencias de edad e IMC, y en ambos sexos los practicas de deporte individual tuvieron mayor nivel de actividad física y de entrenamiento (Tablas 6 y 7).

Tabla 6. Características de la muestra masculina según el tipo de competición.			
	Individual (n = 655)	Colectivo (n = 1820)	<i>p</i>
Edad	14.2 (1.4)	13.9 (1.4)	0.000
IMC	20.1 (2.8)	20.1 (3.2)	0.482
Actividad física	2.9 (0.6)	2.9 (0.6)	0.002
<i>Entrenamiento</i>			
Años de práctica	5.6 (3.2)	7.1 (3.1)	0.000
Horas/semana	9.6 (5.9)	6.5 (3.9)	0.000
Días/semana	4.4 (1.5)	3.8 (1.2)	0.000
La actividad física muestra los valores del Cuestionario de Actividad Física PAQ-A.			

Tabla 7. Características de la muestra femenina según el tipo de competición.			
	Individual (n = 781)	Colectivo (n = 569)	<i>p</i>
Edad	13.8 (1.5)	14.0 (1.4)	0.044
IMC	19.3 (2.7)	20.1 (2.8)	0.000
Actividad física	2.7 (0.6)	2.6 (0.6)	0.000
<i>Entrenamiento</i>			
Años de práctica	6.0 (3.1)	5.0 (2.9)	0.000
Horas/semana	10.0 (6.9)	5.9 (3.4)	0.000
Días/semana	4.2 (1.5)	3.6 (1.3)	0.000
La actividad física muestra los valores del Cuestionario de Actividad Física PAQ-A.			

En las Tablas 8 y 9 se establecen las características de la muestra según el tipo de deporte.

En ambos sexos se observan diferencias significativas para todas las variables. En la

muestra masculina el rango del promedio de edad entre grupos es de 1.1 años y en la muestra femenina de 0.9 años, siendo los más jóvenes los deportistas que participan en deportes gimnásticos y los más mayores los que participan en deportes técnicos, de potencia y de combate. Los deportistas que participan en deportes gimnásticos y de raqueta tienen el menor promedio de IMC, siendo el mayor promedio el correspondiente a los deportistas de combate y raqueta. Las diferencias en el nivel de actividad física entre grupos, aunque significativas, son menores. Los que compiten en deportes técnicos y gimnásticos son los que tienen una mayor experiencia de entrenamiento, y junto con los que compiten en deportes continuos son los que requieren de un mayor número de horas de entrenamiento.

Tabla 8. Características de la muestra masculina según el tipo de deporte

	Continuo (n = 306)	Técnico (n = 60)	Equipo (n = 1797)	Gimnástico (n = 16)	Combate (n = 101)	Potencia (n = 52)	Raqueta (n = 117)	P
Edad	14.3 (1.4)	14.2 (1.3)	13.9 (1.4)	13.5 (2.0)	14.4 (1.3)	14.6 (1.3)	13.6 (1.4)	0.000
IMC	20.1 (2.7)	20.0 (2.6)	20.1 (3.2)	19.4 (3.1)	21.2 (3.2)	21.0 (2.3)	19.5 (2.8)	0.000
Actividad física	2.9 (0.6)	3.1 (0.6)	2.9 (0.6)	2.7 (0.4)	2.9 (0.6)	2.9 (0.5)	2.9 (0.6)	0.008
<i>Entrenamiento</i>								
Años de práctica	5.0 (3.2)	7.4 (3.2)	7.2 (3.1)	5.4 (2.4)	6.4 (3.6)	4.4 (2.9)	6.3 (2.8)	0.000
Horas/sem	10.8 (6.0)	11.9 (7.6)	6.5 (3.9)	8.2 (3.6)	8.0 (5.5)	8.5 (3.4)	6.9 (5.0)	0.000
Días/sem	4.9 (1.4)	4.4 (1.6)	3.8 (1.2)	3.8 (1.7)	4.0 (1.4)	4.3 (1.2)	3.3 (1.3)	0.000

La actividad física muestra los valores del Cuestionario de Actividad Física PAQ-A.

Tabla 9. Características de la muestra femenina según el tipo de deporte.

	Continuo (n = 242)	Técnico (n = 59)	Equipo (n = 551)	Gimnástico (n = 287)	Combate (n = 53)	Potencia (n = 65)	Raqueta (n = 81)	p
Edad	13.9 (1.4)	14.4 (1.6)	14.0 (1.3)	13.5 (1.6)	14.3 (1.4)	14.3 (1.3)	13.7 (1.5)	0.000
IMC	19.7 (2.4)	19.8 (2.6)	20.1 (2.8)	18.4 (2.4)	20.7 (2.9)	20.3 (3.2)	19.3 (3.0)	0.000
Actividad física	2.9 (0.6)	2.7 (0.6)	2.6 (0.6)	2.7 (0.6)	2.6 (0.6)	2.6 (0.4)	2.7 (0.6)	0.000
<i>Entrenamiento</i>								
Años de práctica	5.5 (3.2)	6.4 (3.4)	5.0 (2.9)	6.5 (2.8)	6.3 (3.4)	5.1 (3.2)	5.9 (2.8)	0.000
Horas/sem	10.4 (6.2)	9.1 (6.5)	6.0 (3.5)	11.6 (8.2)	7.6 (4.6)	6.6 (3.5)	5.8 (4.1)	0.000
Días/sem	4.8 (1.3)	3.8 (1.6)	3.6 (1.3)	4.0 (1.5)	4.0 (1.2)	3.9 (1.3)	3.3 (1.4)	0.000

La actividad física muestra los valores del Cuestionario de Actividad Física PAQ-A.

Influencia del sexo en la calidad de vida relacionada con la salud

No se observaron diferencias significativas de sexo en el bienestar físico y psicológico entre los sujetos no deportistas, pero los chicos mostraron una mejor percepción de su estado de ánimo y autopercepción, mientras que las chicas mostraron una mejor percepción de sus recursos económicos, de su relación con amigos y apoyo social y de su relación con el entorno escolar (Tabla 10).

Tabla 10. Diferencias de calidad de vida según el sexo en no deportistas.			
	Chicos (n = 226)	Chicas (n = 589)	p
Bienestar físico	37.3 (10.4)	36.2 (8.2)	0.112
Bienestar psicológico	46.1 (14.3)	46.3 (11.3)	0.810
Estado de ánimo	47.8 (13.8)	43.8 (11.9)	0.000
Autopercepción	48.1 (11.3)	45.6 (9.1)	0.001
Autonomía	44.3 (13.1)	44.3 (11.7)	0.797
Relación padres y familia	45.6 (13.0)	47.5 (12.0)	0.190
Recursos económicos	48.1 (10.7)	50.9 (9.5)	0.002
Amigos y apoyo social	48.0 (13.9)	51.6 (12.4)	0.001
Entorno escolar	45.2 (11.8)	47.7 (10.7)	0.021
Aceptación social	45.1 (11.9)	46.9 (11.3)	0.065

Los valores muestran la puntuación obtenida en el cuestionario Kidscreen-52.

Entre los sujetos deportistas que no compiten, los chicos mostraron una mejor percepción de su bienestar físico y psicológico (Tabla 11). Los chicos también mostraron una mejor percepción de su estado de ánimo, autopercepción y autonomía, mientras que las chicas

mostraron una mejor percepción de sus recursos económicos, su relación con amigos y apoyo social y de su aceptación social.

Tabla 11. Diferencias de calidad de vida según el sexo en deportistas que no compiten.			
	Chicos (n = 1224)	Chicas (n = 1727)	p
Bienestar físico	47.8 (11.2)	44.6 (10.2)	0.000
Bienestar psicológico	50.4 (12.5)	49.5 (11.3)	0.021
Estado de ánimo	49.0 (12.9)	46.1 (11.9)	0.000
Autopercepción	49.4 (9.8)	46.7 (9.2)	0.000
Autonomía	47.3 (11.8)	45.9 (10.9)	0.000
Relación padres y familia	48.0 (12.2)	49.2 (11.7)	0.015
Recursos económicos	50.2 (10.0)	52.2 (9.3)	0.000
Amigos y apoyo social	51.9 (13.0)	54.3 (12.0)	0.000
Entorno escolar	49.5 (11.7)	50.1 (10.3)	0.085
Aceptación social	45.3 (11.9)	47.2 (11.3)	0.000

Los valores muestran la puntuación obtenida en el cuestionario Kidscreen-52.

Entre los sujetos deportistas que compiten, los chicos mostraron una mejor percepción de su bienestar físico y psicológico (Tabla 12). Los chicos también mostraron una mejor percepción de su estado de ánimo, autopercepción y autonomía, mientras que las chicas mostraron una mejor percepción de sus recursos económicos, de su relación con el entorno escolar y de su aceptación social.

Tabla 12. Diferencias de calidad de vida según el sexo en deportistas que compiten.

	Chicos (n = 2478)	Chicas (n = 1369)	<i>p</i>
Bienestar físico	54.0 (11.1)	51.6 (10.5)	0.000
Bienestar psicológico	53.1 (11.0)	51.7 (11.0)	0.000
Estado de ánimo	51.9 (12.7)	49.1 (12.9)	0.000
Autopercepción	50.1 (9.4)	48.6 (9.8)	0.000
Autonomía	49.1 (11.2)	46.2 (10.7)	0.000
Relación padres y familia	50.8 (11.3)	51.0 (11.0)	0.958
Recursos económicos	52.3 (9.1)	53.5 (8.3)	0.000
Amigos y apoyo social	53.9 (12.1)	54.1 (11.4)	0.841
Entorno escolar	49.9 (10.6)	51.5 (10.6)	0.000
Aceptación social	48.0 (11.5)	49.0 (10.8)	0.025

Los valores muestran la puntuación obtenida en el cuestionario Kidscreen-52.

Influencia de la edad en la calidad de vida relacionada con la salud

Entre los sujetos no deportistas, el grupo de 11-13 años mostró una mejor percepción de su bienestar físico que el grupo de 14-16 años, no observándose diferencias significativas en ninguno de los dominios de la CVRS, excepto en la percepción con el entorno escolar con mejores valores para el grupo de 11-13 años (Tabla 13).

Tabla 13. Diferencias de calidad de vida según la edad en no deportistas.

	11-13 años (n = 191)	14-16 años (n = 624)	<i>p</i>
Bienestar físico	38.1 (10.5)	36.0 (8.2)	0.014
Bienestar psicológico	47.1 (13.0)	46.0 (12.0)	0.137
Estado de ánimo	46.0 (13.2)	44.6 (12.3)	0.228
Autopercepción	47.4 (10.5)	45.9 (9.6)	0.052
Autonomía	44.6 (13.0)	44.2 (11.9)	0.442
Relación padres y familia	47.1 (13.1)	46.9 (12.0)	0.617
Recursos económicos	50.2 (10.5)	50.1 (9.8)	0.638
Amigos y apoyo social	51.4 (13.8)	50.4 (12.6)	0.199
Entorno escolar	48.5 (12.4)	46.6 (10.6)	0.026
Aceptación social	45.9 (11.8)	46.5 (11.4)	0.605

Los valores muestran la puntuación obtenida en el cuestionario Kidscreen-52.

Entre los deportistas que no compiten, el grupo de 11-13 años mostró una mejor percepción de su bienestar físico y psicológico y en la mayoría de los dominios de la CVRS que el grupo de 14-16 años (Tabla 14). Los mismos resultados se observaron para el grupo de deportistas que compiten (Tabla 15).

Tabla 14. Diferencias de calidad de vida según la edad en deportistas que no compiten.

	11-13 años (n = 1080)	14-16 años (n = 1871)	<i>p</i>
Bienestar físico	47.8 (11.5)	44.8 (10.1)	0.000
Bienestar psicológico	52.4 (11.8)	48.3 (11.6)	0.000
Estado de ánimo	50.1 (12.5)	45.7 (12.0)	0.000
Autopercepción	50.1 (10.2)	46.5 (8.9)	0.000
Autonomía	47.6 (11.6)	45.8 (11.0)	0.000
Relación padres y familia	50.5 (12.1)	47.7 (11.7)	0.000
Recursos económicos	51.6 (9.7)	51.2 (9.6)	0.143
Amigos y apoyo social	54.4 (12.8)	52.7 (12.2)	0.000
Entorno escolar	52.2 (11.3)	48.5 (10.5)	0.000
Aceptación social	46.9 (11.5)	46.2 (11.6)	0.148

Los valores muestran la puntuación obtenida en el cuestionario Kidscreen-52.

Tabla 15. Diferencias de calidad de vida según la edad en deportistas que compiten.

	11-13 años (n = 1467)	14-16 años (n = 2380)	<i>p</i>
Bienestar físico	54.5 (11.3)	52.3 (10.6)	0.000
Bienestar psicológico	54.9 (10.9)	51.2 (10.9)	0.000
Estado de ánimo	53.5 (12.6)	49.3 (12.3)	0.000
Autopercepción	51.7 (10.2)	48.2 (8.9)	0.000
Autonomía	49.4 (11.2)	47.2 (11.0)	0.000
Relación padres y familia	52.4 (11.2)	50.0 (11.0)	0.000
Recursos económicos	52.8 (8.7)	52.6 (8.9)	0.660
Amigos y apoyo social	54.9 (12.0)	53.4 (11.7)	0.000
Entorno escolar	53.3 (11.1)	48.7 (9.9)	0.000
Aceptación social	48.6 (11.2)	48.3 (11.3)	0.303

Los valores muestran la puntuación obtenida en el cuestionario Kidscreen-52.

Influencia del deporte en la calidad de vida relacionada con la salud

Los sujetos que no realizan deporte tienen una peor percepción de su bienestar físico y psicológico y de la mayoría de los dominios de la CVRS que los sujetos que realizan deporte no competitivo (Tabla 16). Los sujetos que practican deporte competitivo mostraron una mejor percepción de su bienestar físico y psicológico y de la mayoría de los dominios de la CVRS que los sujetos que practican deporte no competitivo (Tabla 17).

Tabla 16. Diferencias de calidad de vida entre no deportistas y deportistas que no compiten.

	No deportistas (n = 815)	Deportistas que no compiten (n = 2951)	<i>p</i>
Bienestar físico	36.5 (8.8)	45.9 (10.7)	0.000
Bienestar psicológico	46.2 (12.2)	49.8 (11.8)	0.000
Estado de ánimo	44.9 (12.6)	47.3 (12.4)	0.000
Autopercepción	46.3 (9.8)	47.8 (9.6)	0.000
Autonomía	44.2 (12.1)	46.5 (11.3)	0.000
Relación padres y familia	47.0 (12.3)	48.7 (11.9)	0.001
Recursos económicos	50.1 (9.9)	51.4 (9.6)	0.001
Amigos y apoyo social	50.6 (12.9)	53.3 (12.5)	0.000
Entorno escolar	47.0 (11.0)	49.8 (10.9)	0.000
Aceptación social	46.4 (11.5)	46.4 (11.6)	0.893

Los valores muestran la puntuación obtenida en el cuestionario Kidscreen-52.

Tabla 17. Diferencias de calidad de vida entre no deportistas y deportistas que no compiten.

	Deportistas que no compiten (n = 2951)	Deportistas que compiten (n = 3847)	<i>p</i>
Bienestar físico	45.9 (10.7)	53.1 (10.9)	0.000
Bienestar psicológico	49.8 (11.8)	52.6 (11.0)	0.000
Estado de ánimo	47.3 (12.4)	50.9 (12.6)	0.000
Autopercepción	47.8 (9.6)	49.6 (9.6)	0.000
Autonomía	46.5 (11.3)	48.0 (11.1)	0.000
Relación padres y familia	48.7 (11.9)	50.9 (11.2)	0.000
Recursos económicos	51.4 (9.6)	52.7 (8.8)	0.000
Amigos y apoyo social	53.3 (12.5)	54.0 (11.9)	0.065
Entorno escolar	49.8 (10.9)	50.4 (10.6)	0.022
Aceptación social	46.4 (11.6)	48.4 (11.3)	0.000

Los valores muestran la puntuación obtenida en el cuestionario Kidscreen-52.

Influencia del tipo de competición en la calidad de vida relacionada con la salud

Entre los chicos, no se observaron diferencias significativas en la percepción del bienestar físico y psicológico entre los que compiten en deportes individuales o colectivos (Tabla 18). Tampoco se observaron diferencias significativas en los dominios de la CVRS, excepto que los que compiten en deportes colectivos mostraron una mejor percepción en su relación con amigos y apoyo social que los que compiten en deportes individuales. Entre las chicas, las que compiten en deportes individuales mostraron una mejor percepción de su bienestar físico que las compiten en deportes colectivos, así como una

mejor autopercepción, y una mejor percepción de la relación con padres y familia, con el entorno escolar y aceptación social (Tabla 19). Las chicas que compiten en deportes colectivos mostraron una mejor percepción de su autonomía y de su relación con amigos y apoyo social.

Tabla 18. Diferencias de calidad de vida según el tipo de competición en la muestra masculina.

	Individual (n = 655)	Colectivo (n = 1820)	<i>p</i>
Bienestar físico	54.5 (11.1)	53.8 (11.1)	0.364
Bienestar psicológico	53.0 (10.8)	53.1 (11.1)	0.670
Estado de ánimo	52.2 (12.5)	51.7 (12.8)	0.378
Autopercepción	50.4 (9.1)	50.0 (9.5)	0.105
Autonomía	49.0 (10.7)	49.1 (11.4)	0.970
Relación padres y familia	50.8 (11.0)	50.8 (11.4)	0.903
Recursos económicos	52.3 (8.8)	52.2 (9.2)	0.991
Amigos y apoyo social	52.8 (11.6)	54.3 (12.3)	0.002
Entorno escolar	50.3 (10.5)	49.7 (10.7)	0.244
Aceptación social	48.0 (11.5)	48.0 (11.5)	0.976

Los valores muestran la puntuación obtenida en el cuestionario Kidscreen-52.

Tabla 19. Diferencias de calidad de vida según el tipo de competición en la muestra femenina.

	Individual (n = 781)	Colectivo (n = 569)	<i>p</i>
Bienestar físico	52.5 (10.5)	50.4 (10.2)	0.000
Bienestar psicológico	52.0 (10.9)	51.3 (11.2)	0.216
Estado de ánimo	49.5 (12.2)	48.5 (12.1)	0.070
Autopercepción	49.6 (10.0)	47.2 (9.3)	0.000
Autonomía	45.7 (10.6)	46.8 (10.8)	0.037
Relación padres y familia	51.6 (11.0)	50.2 (11.1)	0.012
Recursos económicos	53.7 (8.1)	53.1 (8.5)	0.341
Amigos y apoyo social	53.6 (11.0)	54.8 (11.9)	0.036
Entorno escolar	51.8 (10.6)	50.8 (10.5)	0.011
Aceptación social	49.6 (10.7)	48.3 (10.8)	0.019

Los valores muestran la puntuación obtenida en el cuestionario Kidscreen-52.

Influencia del tipo de deporte en la calidad de vida relacionada con la salud

En la muestra masculina no se observaron diferencias significativas en la CVRS según el tipo de deporte de competición (Tabla 20). En la muestra femenina no se observaron diferencias significativas según el tipo de deporte de competición en la percepción del bienestar psicológico, pero sí en la percepción del bienestar físico, y en varios de los dominios de la CVRS (Tabla 21). Entre estas diferencias se observó que las que practican deportes continuos tienen peor percepción de su estado de ánimo y de su relación con el entorno escolar que las que practican deportes de raqueta, mejor percepción de autonomía que las que practican deportes gimnásticos, mejor percepción de su bienestar físico y

autopercepción que las que practican deportes de equipo, y mejor bienestar físico que las que practican deportes técnicos. Las que practican deportes técnicos mostraron una peor percepción de su bienestar físico que las que practican deportes de raqueta, deportes de potencia y deportes gimnásticos. Las que practican deportes de equipo mostraron mejor percepción de su bienestar físico, estado de ánimo, autopercepción, de su relación con el entorno escolar y de aceptación social que las que practican deportes de raqueta. También se observó que las practicas deportes de equipo tienen peor percepción de su bienestar físico y autopercepción que las que practican deportes de potencia, peor percepción de bienestar físico, autopercepción, y de su relación con entorno escolar que las que practican deportes gimnásticos. Las que practican deportes gimnásticos mostraron peor percepción de su estado de ánimo, autonomía y relación con el entorno escolar que las que practican deportes de raqueta, y peor percepción de autonomía que las que practican deportes de potencia. Las que practican deportes de combate mostraron peor percepción de autonomía, estado de ánimo y relación con el entorno escolar que las que practican deportes de raqueta. Las que practican deportes de potencia tienen peor percepción de su estado de ánimo y de relación con el entorno escolar que las que practican deportes de raqueta.

Tabla 20. Diferencias de calidad de vida según el tipo de deporte en la muestra masculina.

	Continuo (n = 306)	Técnico (n = 60)	Equipo (n = 1797)	Gimnástico (n = 16)	Combate (n = 101)	Potencia (n = 52)	Raqueta (n = 117)	p
Bienestar físico	54.7 (11.0)	55.7 (10.8)	53.9 (11.1)	52.4 (13.0)	53.1 (10.5)	56.2 (11.7)	53.3 (10.9)	0.400
Bienestar psicológico	51.8 (10.4)	54.8 (8.9)	53.2 (11.1)	52.8 (12.6)	53.7 (11.1)	51.9 (10.1)	54.4 (12.0)	0.193
Estado de ánimo	52.1 (12.2)	53.9 (12.1)	51.7 (12.8)	53.2 (9.5)	50.8 (13.5)	52.9 (11.6)	52.2 (13.1)	0.869
Autopercepción	50.6 (8.8)	50.3 (8.8)	50.0 (9.5)	46.9 (12.0)	48.6 (8.2)	50.6 (8.3)	51.1 (10.2)	0.208
Autonomía	48.9 (11.0)	48.5 (11.5)	49.1 (11.4)	48.0 (10.2)	48.1 (9.2)	49.5 (10.1)	50.1 (10.9)	0.887
Relación de padres y familia	50.7 (10.6)	53.4 (9.5)	50.9 (11.4)	53.4 (11.4)	50.1 (12.0)	48.0 (9.7)	51.3 (11.8)	0.160
Recursos económicos	52.2 (9.1)	54.2 (7.9)	52.2 (9.2)	51.5 (8.0)	52.5 (9.1)	50.8 (7.8)	53.3 (8.6)	0.345
Amigos y apoyo social	52.7 (11.8)	52.1 (8.8)	54.3 (12.3)	52.4 (13.1)	52.1 (11.8)	54.0 (10.1)	53.2 (13.0)	0.055
Entorno escolar	49.7 (10.4)	51.6 (8.2)	50.0 (10.6)	52.8 (10.0)	50.0 (11.2)	48.2 (9.0)	51.6 (12.0)	0.121
Aceptación social	48.1 (11.7)	48.6 (10.5)	48.1 (11.5)	43.1 (10.8)	47.5 (12.8)	50.3 (8.6)	47.2 (11.2)	0.376

Los valores muestran la puntuación obtenida en el cuestionario Kidscreen-52.

Tabla 21. Diferencias de calidad de vida según el tipo de deporte en la muestra femenina.

	Continuo (n = 242)	Técnico (n = 59)	Equipo (n = 551)	Gimnástico (n = 287)	Combate (n = 53)	Potencia (n = 65)	Raqueta (n = 81)	p
Bienestar físico	52.5 (10.7)	49.2 (10.9)	50.3 (10.2)	52.6 (9.9)	51.5 (11.0)	53.3 (10.0)	54.3 (11.2)	0.001
Bienestar psicológico	52.3 (10.9)	52.0 (11.4)	51.2 (11.2)	52.0 (11.1)	50.5 (11.4)	49.8 (9.5)	54.1 (10.5)	0.214
Estado de ánimo	49.8 (12.2)	49.5 (12.1)	48.4 (12.1)	49.3 (12.1)	47.1 (14.0)	46.8 (11.6)	53.2 (12.4)	0.039
Autopercepción	49.5 (10.3)	48.0 (7.9)	47.2 (9.4)	49.5 (9.8)	48.5 (10.9)	50.5 (9.9)	50.1 (10.1)	0.001
Autonomía	46.2 (10.5)	45.6 (10.8)	46.7 (10.8)	44.4 (10.6)	44.8 (10.6)	47.4 (10.1)	48.4 (11.6)	0.002
Relación de padres y familia	51.1 (11.3)	52.4 (10.9)	50.0 (11.1)	52.1 (10.3)	50.7 (13.3)	50.9 (9.8)	52.4 (11.3)	0.143
Recursos económicos	53.9 (7.7)	55.7 (9.2)	53.1 (8.6)	54.0 (7.8)	51.9 (8.9)	52.3 (8.3)	53.7 (8.4)	0.079
Amigos y apoyo social	54.5 (10.6)	53.7 (10.8)	54.7 (11.9)	52.4 (11.2)	53.5 (12.3)	53.2 (9.7)	56.2 (11.7)	0.062
Entorno escolar	51.2 (10.5)	52.1 (10.7)	50.8 (10.5)	52.2 (10.3)	49.5 (11.8)	49.7 (9.3)	56.1 (11.7)	0.002
Aceptación social	49.2 (10.9)	49.0 (10.2)	48.2 (10.8)	49.5 (10.6)	49.0 (12.3)	51.0 (9.4)	51.8 (10.0)	0.047

Los valores muestran la puntuación obtenida en el cuestionario Kidscreen-52.

Influencia del lugar de entrenamiento en la calidad de vida relacionada con la salud

En la muestra masculina, los que practican deporte al aire libre mostraron mejor percepción de su bienestar físico, estado de ánimo, autonomía, y de relación con padres y familiares que los que practican deporte en sala (Tabla 22). En la muestra femenina, las que practican deporte al aire libre mostraron mejor autopercepción y de percepción de autonomía que las que practican deporte en sala (Tabla 23).

Tabla 22. Diferencias de calidad de vida según el lugar de entrenamiento en la muestra masculina.			
	Aire libre (n = 1580)	Sala (n = 894)	p
Bienestar físico	54.4 (11.4)	53.2 (10.5)	0.016
Bienestar psicológico	53.3 (11.2)	52.7 (10.8)	0.145
Estado de ánimo	52.3 (12.8)	51.1 (12.4)	0.035
Autopercepción	50.3 (9.6)	49.7 (9.0)	0.238
Autonomía	49.8 (11.2)	47.8 (11.1)	0.000
Relación padres y familia	51.2 (11.3)	50.2 (11.3)	0.042
Recursos económicos	52.2 (9.1)	52.4 (9.1)	0.613
Amigos y apoyo social	54.2 (12.3)	53.5 (11.9)	0.086
Entorno escolar	50.0 (10.8)	49.7 (10.2)	0.687
Aceptación social	48.0 (11.5)	48.1 (11.5)	0.688

Los valores muestran la puntuación obtenida en el cuestionario Kidscreen-52.

Tabla 23. Diferencias de calidad de vida según el lugar de entrenamiento en la muestra femenina.			
	Aire libre (n = 425)	Sala (n = 936)	p
Bienestar físico	52.3 (10.9)	51.3 (10.3)	0.129
Bienestar psicológico	51.7 (10.7)	51.7 (11.2)	0.793
Estado de ánimo	49.7 (12.6)	48.9 (12.1)	0.268
Autopercepción	49.7 (10.2)	48.1 (9.6)	0.017
Autonomía	46.9 (10.6)	45.8 (10.8)	0.036
Relación padres y familia	50.8 (11.0)	51.1 (11.0)	0.706
Recursos económicos	53.6 (8.1)	53.5 (8.4)	0.953
Amigos y apoyo social	53.9 (10.5)	54.1 (11.7)	0.740
Entorno escolar	51.0 (10.9)	51.6 (10.5)	0.283
Aceptación social	49.3 (10.9)	48.9 (10.7)	0.419

Los valores muestran la puntuación obtenida en el cuestionario Kidscreen-52.

Influencia del metabolismo en la calidad de vida relacionada con la salud

En la muestra masculina no observamos diferencias de CVRS según el metabolismo predominante en el deporte de competición (Tabla 24). En la muestra femenina se observó que las que practican deportes con un metabolismo predominante anaeróbico láctico tienen mejor percepción de su bienestar físico que las que practican deportes con un metabolismo predominante mixto aeróbico-anaeróbico (Tabla 25).

Tabla 24. Diferencias de calidad de vida según el metabolismo en la muestra masculina.

	Aeróbico (n = 269)	Aláctico (n = 52)	Láctico (n = 26)	Mixto (n = 2030)	<i>p</i>
Bienestar físico	54.8 (11.1)	56.2 (11.7)	55.7 (10.3)	53.8 (11.0)	0.218
Bienestar psicológico	51.9 (10.5)	51.9 (10.1)	52.7 (9.9)	53.3 (11.1)	0.221
Estado de ánimo	52.4 (12.0)	52.9 (11.6)	52.5 (12.0)	51.8 (12.8)	0.891
Autopercepción	50.8 (8.9)	50.6 (8.3)	49.7 (9.6)	50.0 (9.5)	0.240
Autonomía	49.1 (10.7)	49.5 (10.1)	47.8 (11.5)	49.1 (11.2)	0.836
Relación padres y familia	50.9 (10.5)	48.0 (9.7)	50.4 (10.2)	50.9 (11.4)	0.171
Recursos económicos	52.4 (8.9)	50.8 (7.8)	52.3 (10.8)	52.3 (9.1)	0.424
Amigos y apoyo social	52.8 (11.5)	54.0 (10.1)	51.8 (14.1)	54.2 (12.2)	0.354
Entorno escolar	49.6 (9.9)	48.2 (9.0)	49.1 (14.1)	49.9 (10.7)	0.739
Aceptación social	48.3 (11.3)	50.3 (8.6)	47.6 (12.3)	47.9 (11.5)	0.642

Los valores muestran la puntuación obtenida en el cuestionario Kidscreen-52.

Tabla 25. Diferencias de calidad de vida según el metabolismo en la muestra femenina.					
	Aeróbico (n = 184)	Aláctico (n = 64)	Láctico (n = 38)	Mixto (n = 977)	<i>p</i>
Bienestar físico	52.3 (10.5)	53.5 (10.0)	55.5 (10.8)	51.4 (10.4)	0.031
Bienestar psicológico	52.0 (10.3)	49.7 (9.5)	53.8 (10.9)	51.7 (11.1)	0.359
Estado de ánimo	49.9 (12.4)	46.7 (11.6)	49.6 (11.3)	49.0 (12.3)	0.674
Autopercepción	49.8 (10.7)	50.6 (10.0)	48.5 (9.3)	48.2 (9.7)	0.162
Autonomía	46.2 (10.5)	47.5 (10.1)	46.2 (10.0)	46.1 (10.8)	0.487
Relación padres y familia	51.0 (11.0)	50.9 (9.9)	52.9 (9.1)	50.9 (11.0)	0.783
Recursos económicos	54.2 (7.4)	52.3 (8.4)	54.4 (8.0)	53.3 (8.4)	0.455
Amigos y apoyo social	54.3 (10.1)	53.2 (9.8)	57.2 (10.5)	54.1 (11.7)	0.388
Entorno escolar	50.7 (10.6)	49.6 (9.4)	53.4 (9.7)	51.6 (10.7)	0.362
Aceptación social	49.5 (11.1)	50.9 (9.5)	48.1 (10.0)	48.9 (10.9)	0.402

Los valores muestran la puntuación obtenida en el cuestionario Kidscreen-52.

DISCUSIÓN

Este estudio analiza la CVRS en una amplia muestra de adolescentes no deportistas, deportistas que no compiten y deportistas que compiten. Los principales hallazgos del estudio son los siguientes: 1) Los chicos adolescentes, especialmente aquellos que practican deporte, tienen en relación a las chicas, una mejor percepción de bienestar físico y psicológico, estado de ánimo, autopercepción y autonomía; en cambio, las chicas tienen una mejor percepción en el ámbito social como la relación con padres, familia, amigos, entorno escolar y aceptación social; 2) en ambos sexos, especialmente en aquellos que practican deporte, se observa que durante la adolescencia empeora la percepción en la

mayoría de ámbitos de la CVRS al incrementar la edad; 3) independientemente del sexo y la edad, la práctica de deporte no competitivo durante la adolescencia respecto a la no realización de deporte se asocia con mejores indicadores de CVRS en prácticamente todos los ámbitos; 4) independientemente del sexo y la edad, la práctica de deporte competitivo durante la adolescencia respecto a la práctica de deporte no competitivo se asocia con mejores indicadores de CVRS en todos los ámbitos; 5) la percepción de CVRS en chicos durante la adolescencia es equiparable entre los deportistas que compiten a nivel individual o colectivo, excepto en el ámbito de amigos y apoyo social con mejor percepción para los que practican deportes colectivos; en chicas, se observan diferencias significativas menores entre las que practican deportes individuales o colectivos en distintos ámbitos de la CVRS, pero sin poder establecer una dirección concluyente; 6) la percepción de CVRS en chicos durante la adolescencia es independiente del tipo de deporte; en chicas, se observan diferencias significativas menores entre las que practican diferentes tipos de deporte en distintos ámbitos de la CVRS, pero sin poder establecer una dirección concluyente; 7) en ambos sexos, la práctica de deporte al aire libre o en sala, o el tipo de metabolismo predominante no parece tener influencia importante en la calidad de vida de los adolescentes.

Calidad de vida relacionada con la salud según sexo

Gracias a los resultados obtenidos en este estudio, se ha hallado que los chicos adolescentes, especialmente aquellos que practican deporte, tienen en relación a las chicas, una mejor percepción de bienestar físico y psicológico, estado de ánimo, autopercepción y autonomía. En cambio, las chicas tienen una mejor percepción en el ámbito social como la relación con padres, familia, amigos, entorno escolar y aceptación social. Se encuentran similares hallazgos en estudios previos. En los estudios de Mikkelsen *et al.*, (2020) y Haraldstad *et al.*, (2017) encontramos que las chicas reportan

una menor CVRS que los chicos en la mayoría de dimensiones, excepto en las dimensiones de relación con los padres, recursos financieros y aceptación social. Las peores puntuaciones se encontraron en las dimensiones de bienestar físico, autopercepción, entorno escolar y autonomía. El estudio de Meade y Dowswell (2015) y Michel *et al.*, (2009) encuentran resultados similares: los únicos casos en los que la puntuación de CVRS para chicas son mayores que en chicos es en las dimensiones de aceptación social y amigos y apoyo social. A diferencia de las escalas de bienestar físico, psicológico, aceptación social y autonomía donde las chicas puntúan siempre peor, encontramos estudios que difieren en las dimensiones de calidad de vida de entorno escolar y relación con la familia y los padres sin encontrar una dirección y diferencia clara entre sexos.

Acorde con los resultados de este trabajo, en los estudios de Meade y Dowswell (2015) y Michel *et al.*, (2009) encuentran que chicos y chicas de alrededor de 8 años mostraron resultados CVRS similares, disminuyendo estos valores continuamente conforme avanza la edad en ambos sexos. Aunque disminuye en ambos sexos, la caída es más pronunciada en mujeres. Parece, además, que el punto de inflexión entre sexos se da alrededor de los 12 años (Bisseger *et al.*, 2005). Esta edad, coincide con la pubertad y el inicio de la menstruación, una etapa de cambios para todas las adolescentes.

Aunque todavía no se ha estudiado sobre el origen de estas diferencias entre sexos, diversos estudios nos indican que se pueden deber a diversas expectativas sociales, el hecho de que la pubertad sea una experiencia más fuerte para las chicas por la menstruación y la fluctuación de hormonas y que las mujeres tienen problemas físicos de forma más frecuente (Ross *et al.*, 2012). Como algunos estudios indican, una menstruación abundante, con una prevalencia de hasta un 37% de mujeres con este trastorno, provoca una disminución de la CVRS (Torres *et al.*, 2017; Knox *et al.*, 2015),

afectando sobre todo a la dimensión emocional. Otros problemas relacionados con la menstruación como la amenorrea o dismenorrea, también pueden disminuir la CVRS afectando mayoritariamente a la dimensión escolar (Azurah *et al.*, 2013). Además, otros estudios nos indican que las chicas puntúan más alto en escalas de estrés y estados emocionales que los chicos, lo que parece afectar a la CVRS (Moksnes *et al.*, 2010).

Parece ser que la autoestima y la percepción de eficacia son protectores frente al descenso de la CVRS (Mikkelsen *et al.*, 2020; Harladstad *et al.*, 2019; Otto *et al.*, 2017). En este sentido, los chicos adolescentes parecen tener una mayor autoestima que las chicas (Kling *et al.*, 1999). En el estudio de Mikkelsen *et al.*, (2020), las chicas puntúan peor en percepción de eficacia y autoestima, y otros factores que también afectan negativamente a la CVRS como el dolor, el tiempo y la calidad del sueño, la soledad y el estrés. Estas últimas variables, podrían explicar las diferencias en bienestar físico y psicológico con su contraparte masculina.

Calidad de vida relacionada con la salud según edad

Los resultados de este estudio, nos revelan que, en ambos sexos, especialmente en aquellos que practican deporte, se observa que durante la adolescencia empeora la percepción en la mayoría de ámbitos de la CVRS al incrementar la edad. Este hallazgo concuerda con los encontrados en un estudio realizado en 12 países europeos, que encontraron que tanto chicos como chicas exhibían una CVRS similar en edades de 8 y 9 años, deteriorándose en ambos sexos conforme incrementa la edad a excepción de las dimensiones de aceptación social y recursos financieros (Michel *et al.*, 2009). Haraldstad *et al.*, (2017) encontraron resultados similares: en ambos sexos se disminuía la CVRS excepto en las dimensiones de relación con los padres, recursos financieros, aceptación social y entorno escolar. Otros estudios como el de Meade y Dowswell (2015) reportan

los mismos resultados que este trabajo: una disminución con la edad de todas las dimensiones de la CVRS. Estos hallazgos son consistentes con la literatura previa (Otto *et al.*, 2017; de Silva *et al.*, 2014; Gaspar *et al.*, 2009; Bisseger *et al.*, 2005).

Por otro lado, en el estudio longitudinal de Meade y Dowswell (2016) solo se encontraron diferencias debidas a la edad en las dimensiones de autonomía y relación con los padres, manteniéndose el resto de dimensiones estables en cuestión de edad. Aunque encontramos resultados contradictorios, la evidencia parece apuntar más a que sí existe un detrimento en la CVRS con la edad durante la adolescencia. Estas diferencias se podrían deber a los procesos que trae consigo la pubertad: los cambios y los desafíos durante el desarrollo de esta etapa (Otto *et al.*, 2017; Barkmann *et al.*, 2016). Estas diferencias podrían explicarse por la transición que se da en la pubertad, a menudo los adolescentes encuentran problemas al lidiar con el entorno que les rodea (Hampel, 2007) y se enfrentan a una transición de cambios físicos, sociales y hormonales a los que tienen que adaptarse (Patton y Viner, 2007).

En deportistas, algunas publicaciones sugieren que existe una mayor probabilidad de agotamiento e insatisfacción con los entrenamientos intensos y la especialización deportiva (Patel y Jayanthi, 2018). Además, experiencias como el burnout o repetidas lesiones pueden contribuir al detrimento de la CVRS en deportistas (Simon y Docherty, 2014). Aun así, los resultados de este estudio revelan que la CVRS en deportistas y deportistas no competitivos es mejor que en no deportistas, lo que concuerda con evidencias previas como el estudio de Snyder *et al.*, (2010).

Calidad de vida relacionada con la salud según la práctica de deporte

Los resultados de este estudio nos indican que, independientemente del sexo y la edad, la práctica de deporte no competitivo durante la adolescencia respecto a la no realización de

deporte se asocia con mejores indicadores de CVRS en prácticamente todos los ámbitos. Estos resultados, cuadran con la evidencia científica actual. La revisión sistemática de Wu *et al.*, (2017), tras revisar 31 estudios de tipo transversal y longitudinal, encontraron que niveles más altos de actividad física se asociaban con una mejor CVRS y que un tiempo más alto de sedentarismo se relacionaba con una menor CVRS en niños y adolescentes sanos. Esta asociación entre actividad física y CVRS, era independiente de la edad, el sexo, el peso o de características socioeconómicas. Además, la actividad física muestra una relación positiva en todas las escalas y subescalas de la calidad de vida: física, psicológica y social. Otras revisiones, como la de Marker *et al.*, (2018), encuentran los mismos resultados positivos entre actividad física y CVRS. Aunque hace falta más evidencia para confirmarlo, en ciertos estudios se encuentran relaciones lineales entre frecuencia e intensidad de la actividad física y CVRS (Galán *et al.*, 2013; Finne *et al.*, 2013).

En el estudio de da Costa *et al.*, (2020) encontraron, además, que la CVRS para aquellos adolescentes que practicaban deporte y no solo actividad física sin deporte era mayor. Aquellos que eran plenamente activos (practicaban deporte y además cumplían con las recomendaciones de actividad física) poseían mayores puntuaciones de CVRS en todas las dimensiones en chicos, y en la dimensión de bienestar físico en chicas en comparación a los sujetos inactivos (no realizaban deporte ni cumplían las recomendaciones de actividad física). Además, en este estudio, la actividad física que no incluía deporte no se relacionó con un aumento positivo en ninguna dimensión de la CVRS, lo que parece indicar con literatura previa que la actividad física sin deporte por sí sola puede no ser suficiente para aumentar la CVRS, al depender esta de muchos más factores (Freire y Ferreira, 2018). Los mecanismos que pueden explicar esto es el hecho de que el deporte, además del componente físico, puede afectar a las demás dimensiones de la CVRS como

el aspecto social y mental. Multitud de estudios señalan que la participación en deportes ayuda a mejorar la autopercepción, la autoestima, la interacción social, la oportunidad de mejorar las habilidades sociales (Hiremath, 2019; Findley y Coplan, 2008) y una mejor salud mental (Moeijes *et al.*, 2018).

Calidad de vida relacionada con la salud según la práctica de deporte competitivo

Los resultados de este estudio revelan que, independientemente del sexo y la edad, la práctica de deporte competitivo durante la adolescencia respecto a la práctica de deporte no competitivo se asocia con mejores indicadores de CVRS en todos los ámbitos. Bajo nuestro conocimiento, no existen estudios previos que realicen esta comparación entre la CVRS de deportistas competitivos y no competitivos. Al respecto, el tema del deporte competitivo ha sido estudiado desde la perspectiva de salud física, mental y/o psicosocial más que desde la perspectiva de la CVRS (Appelqvist-Schmidlechner *et al.*, 2018; Bäckmand *et al.*, 2009).

En el estudio de Appelqvist-Schmidlechner *et al.*, (2021, 2018), encontraron que la participación en deportes competitivos a los 12 años podía estar relacionada con una mejor CVRS en el componente mental en la adolescencia. Estos hallazgos están en línea con estudios previos, que sugieren que los deportes competitivos son beneficiosos para la CVRS (Houston *et al.*, 2016) y la salud mental (Dore *et al.*, 2019; Appelqvist-Schmidlechner *et al.*, 2018; Snedden *et al.*, 2018). Existen mecanismos que podrían explicar esta relación. Los deportes competitivos pueden enseñar a los niños habilidades valiosas para la vida como el establecimiento de metas, el compromiso y estrategias de afrontamiento para situaciones estresantes. Estas habilidades les preparan para manejar desafíos y presiones de la vida diaria en el futuro (Merkel, 2013), lo que podría contribuir a la dimensión mental de la CVRS. Esto, podría explicar las diferencias en el componente

mental entre deportistas competitivos y no competitivos, al no estar los deportistas que no compiten sometidos a la presión de la competición y una preparación previa exhaustiva.

A nivel de la dimensión física, sabemos que la actividad física y el deporte está relacionado con una mejor CVRS en esta dimensión (Costa *et al.*, 2020; Wu *et al.*, 2017; Marker *et al.*, 2018) y que la frecuencia e intensidad juega un papel importante sin conocer exactamente cuál es la dosis adecuada. Parece que a mayor intensidad y frecuencia de actividad física mejora el nivel de la CVRS (Finne *et al.*, 2013; Galán *et al.*, 2013), sin conocer un límite claro. En este sentido, los deportistas que compiten es probable que se ejerciten con mayor frecuencia e intensidad, lo que podría explicar estas diferencias, pero sin conocer una causalidad clara. En el resto de dimensiones (dimensión social y autonomía y relación con los padres) conocemos que el deporte puede contribuir a una mejor puntuación en todas estas dimensiones (Costa *et al.*, 2020), pero ningún estudio ha examinado el porqué de las diferencias entre deporte competitivo y no competitivo, por lo que no podemos extraer conclusiones más allá de que puede existir una relación positiva.

Calidad de vida relacionada con la salud según el tipo de competición

La percepción de CVRS en chicos durante la adolescencia es equiparable entre los deportistas que compiten a nivel individual o colectivo, excepto en el ámbito de amigos y apoyo social con mejor percepción para los que practican deportes colectivos. En chicas, se observan diferencias significativas menores entre las que practican deportes individuales o colectivos en distintos ámbitos de la CVRS, pero sin poder establecer una dirección concluyente. Como hemos evidenciado anteriormente, los deportes en general favorecen una mejor CVRS (Costa *et al.*, 2020; Marker *et al.*, 2018; Wu *et al.*, 2017) y

ser deportista competitivo o no competitivo muestra una relación positiva con este parámetro. Esto podría explicar la ausencia de diferencias entre los aspectos físico y mental de los deportes individuales. Como sugiere Moeijes *et al.*, (2019), la frecuencia de práctica de deporte y mantener un estilo de vida activo es más relevante que el tipo de deporte.

Sin embargo, en el aspecto social en chicos, encontramos diferencias entre los deportes individuales y colectivos, teniendo una mayor puntuación en la categoría de amigos y apoyo social los que practican deportes colectivos. Este resultado está en consonancia con estudios previos: el análisis de Appelqvist-Schmidlechner *et al.*, (2021) encontró que los niños que habían practicado deportes de equipo mostraban una mayor CVRS en el aspecto mental (dentro del cual, en este estudio, se incluye el aspecto social) como jóvenes adultos. Vella *et al.*, (2014) encontraron mejor CVRS en la dimensión social en deportes de equipo versus individuales. La revisión sistemática de Eime *et al.*, (2013) encontró que, particularmente, los deportes de equipo se asociaban a una mejora de la salud comparado con deportes individuales.

Esto puede ser explicado por la naturaleza social de los deportes de equipo y el rol positivo de los compañeros del equipo. Los deportes de equipo ofrecen un rol muy importante en términos de interacción social y su relación con la salud mental, que apoyan muchos estudios (Sabiston *et al.*, 2016; Vella *et al.*, 2014; Eime *et al.*, 2013; Downward y Rasciute, 2011). Además, los grupos deportivos organizados pueden actuar como catalizadores sociales que llevan a una mayor implicación y participación (Rutten *et al.*, 2008) y que contribuyen a aumentar la CVRS también a largo plazo.

A pesar de estas diferencias, los deportes individuales también se benefician de salud y bienestar psicosocial por el desarrollo de la autoconciencia y el crecimiento personal (Eime *et al.*, 2013). Es por ello que, aunque en esta dimensión salgan beneficiados los

atletas de deportes colectivos, ambas puntuaciones sean altas en comparación con sus congéneres no deportistas.

En sus congéneres femeninos, se muestran ligeras diferencias entre la CVRS entre las que practican deporte individual o colectivo. Encontramos diferencias entre bienestar físico, psicológico, autopercepción, autonomía, relación con los padres y la familia, amigos y apoyo social, entorno escolar y aceptación social. La única que mantiene en común con sus congéneres masculinos es en la dimensión de amigos y apoyo social, en la que obtienen los mismos resultados. En el resto de dimensiones no podemos establecer una dirección concluyente al no existir, bajo mi conocimiento, estudios previos sobre CVRS que estudien estas relaciones.

Es por tanto una cuestión que requiere de más estudio. Sin explicar los mecanismos por la falta de estudios al respecto, es posible, que las diferencias entre CVRS entre chicos y chicas en general puedan tener algo que ver dentro de esta cuestión también: como la forma en que se experimenta diferente la pubertad, las diferentes expectativas sociales (Ross *et al.*, 2012), el mayor estrés sufrido por las chicas (Moksnes *et al.*, 2010) y una peor autoestima, calidad del sueño y sensación de soledad (Mikkelsen *et al.*, 2020).

Calidad de vida relacionada con la salud según el tipo de deporte

La percepción de CVRS en chicos durante la adolescencia es independiente del tipo de deporte. En chicas, se observan diferencias significativas menores entre las que practican diferentes tipos de deporte en distintos ámbitos de la calidad de vida, pero sin poder establecer una dirección concluyente. Estos hallazgos parecen estar de acuerdo con los pocos estudios previos que encontramos sobre este tema. Los estudios de Moeijes *et al.*, (2019a, 2019b) y Appelqvist-Schmidlechner *et al.*, (2021) revelan que la frecuencia de la participación en el deporte parece ser mucho más importante para la CVRS en niños que

el tipo de deporte que practica. Ambos artículos destacan ciertas características más positivas para la CVRS como: pertenecer a un club, competir, practicar deporte en grupo (individual o colectivo) y practicar deportes en la naturaleza. Sin embargo, estas variables, a excepción de la competición, no se incluyen en este estudio.

En chicas, lamentablemente no hemos encontrado ningún artículo que realice este análisis con una perspectiva de género. Sin explicar los mecanismos por la falta de estudios al respecto, de nuevo es posible que las diferencias entre CVRS entre chicos y chicas en general puedan tener algo que ver dentro del deporte también: como la forma en que se experimenta diferente la pubertad, las diferentes expectativas sociales (Ross *et al.*, 2012), el mayor estrés sufrido por las chicas (Moksnes *et al.*, 2010) y una peor autoestima, calidad del sueño y sensación de soledad (Mikkelsen *et al.*, 2020).

Calidad de vida relacionada con la salud según el lugar de entrenamiento y el metabolismo

Los resultados obtenidos muestran que, en ambos sexos, la práctica de deporte al aire libre o en sala, o el tipo de metabolismo predominante no parece tener influencia importante en la CVRS de los adolescentes. Estos resultados, son consistentes con la literatura previa en adolescentes (Bezold *et al.*, 2018), niños (McCurdy *et al.*, 2010) y adultos (Thompson Coon *et al.*, 2011).

En la dimensión física, ambos tipos de deportistas mostraban beneficios similares en términos de bienestar físico, en contraste a tener un estilo de vida sedentario o inactivo en cuanto a deportes se refiere (McCurdy *et al.*, 2010). Existen otros estudios que muestran que el lugar de práctica no tiene un impacto claro sobre el bienestar físico de una persona (Thompson Coon *et al.*, 2011).

Sobre la dimensión psicológica existe una diversidad con respecto a nuestros resultados: parece que los niños que practican deportes al aire libre, que se realizan en la naturaleza, mostraban mejores estados anímicos y emociones que sus compañeros de deportes de interior. Esto se puede explicar porque practicar deporte al aire libre, rodeados de naturaleza propicia un estado de ánimo positivo y con menores síntomas depresivos (Bezold *et al.*, 2018; Barton *et al.*, 2016; Pasanen *et al.*, 2014; McCurdy *et al.*, 2010; Denissen *et al.*, 2008). Aunque estos estudios no podrían extrapolarse del todo, ya que se centran en deporte al aire libre en la naturaleza. Sin embargo, el estudio de Pasanen *et al.*, (2014) distingue entre deporte en interior, al aire libre en entornos construido (ejemplo: tenis, béisbol) y al aire libre en la naturaleza. Sus resultados muestran que el deporte en la naturaleza muestra relaciones positivas con la dimensión psicológica, pero no encuentra diferencias entre deportes en interior y al aire libre en entornos construidos, lo que coincide con los resultados de este estudio. Con respecto a la dimensión social, no se han encontrado estudios al respecto.

A nivel del metabolismo predominante en el deporte tampoco se han encontrado diferencias en la CVRS entre deportes. Aunque bajo mi conocimiento no existe literatura al respecto, parece explicarse por el hecho de que una vida activa y la práctica de deporte mejora la CVRS (Costa *et al.*, 2020; Marker *et al.*, 2018; Wu *et al.*, 2017), sin importar el tipo de metabolismo predominante.

LIMITACIONES Y FUTURAS INVESTIGACIONES

Encontramos varias limitaciones en este estudio. La primera es el uso de cuestionarios auto-rellenados, en términos de eficiencia en tiempo y dinero. En futuras investigaciones se podrían utilizar en combinación con otros métodos como acelerómetros, para determinar con mayor objetividad los valores de ciertas variables. De esta forma, otras

variables como la duración y frecuencia de la actividad física podrían medirse también. Por otro lado también, el hecho de ser un estudio de tipo transversal nos priva de conocer las relaciones causales entre variables y/o efectos bidireccionales. Un estudio de tipo longitudinal nos brindaría un mayor conocimiento sobre los mecanismos que pueden causar las relaciones encontradas. Otra limitación es que no controlamos algunas variables sociodemográficas o físicas como el estadio de pubertad, y en algunas comparaciones entre grupos existieron diferencias pequeñas de edad.

En el marco de las futuras investigaciones, nos gustaría estudiar más al sexo femenino, para establecer si efectivamente existen diferencias entre la CVRS entre deportes en mujeres y conocer por qué se dan estas diferencias. La escasa literatura científica sobre este tema, y en concreto en el sexo femenino, dificulta conocer las causas y, por tanto, una posible intervención para mejorar esta CVRS. Los estudios nos revelan que es el sexo con más riesgo a ver disminuida su CVRS, y por tanto un grupo al que prestar especial atención.

CONCLUSIONES

Como conclusiones, en ambos sexos, los sujetos que no practican deporte presentan una menor CVRS que los deportistas. A su vez, los deportistas no competitivos presentan una menor CVRS que los deportistas competitivos, sin observarse diferencias relevantes en función del tipo de competición y del tipo deporte. La CVRS en chicas es menor que la de sus congéneres masculinos en las dimensiones de bienestar físico y psicológico, estado de ánimo, autopercepción y autonomía. Por el contrario, puntúan mejor en el ámbito social, la relación con padres, familia, amigos, entorno escolar y aceptación social. A su vez, en todas las categorías y especialmente en aquellos que practican deporte, la CVRS

disminuye con la edad. En chicos, no existen diferencias significativas entre los tipos de deporte practicados. En chicas, sin embargo, sí encontramos diferencias menores, pero sin poder establecer una dirección clara.

CONCLUSIONS

As conclusions, in both sexes, subjects who do not practice sports have lower HRQOL than athletes. In turn, non-competitive athletes have lower HRQOL than competitive athletes, without observing relevant differences depending on the type of competition and the type of sport. The HRQOL of girls is lower than that of their male counterparts in the dimensions of physical and psychological well-being, mood, self-perception and autonomy. On the other hand, they score better in the social domain, relationship with parents, family, friends, school environment and social acceptance. In turn, in all categories and especially in those who practice sports, HRQOL decreases with age. In boys, there are no significant differences between the types of sport practiced. In girls, however, we did find minor differences, but without being able to establish a clear direction.

BIBLIOGRAFÍA

- Appelqvist-Schmidlechner, K., Kyröläinen, H., Häkkinen, A., Vasankari, T., Mäntysaari, M., Honkanen, T., & Vaara, J. P. (2021). Childhood sports participation is associated with health-related quality of life in young men: A retrospective cross-sectional study. *Frontiers in Sports and Active Living*, 3, 74.
- Appelqvist-Schmidlechner, K., Vaara, J., Häkkinen, A., Vasankari, T., Mäkinen, J., Mäntysaari, M., & Kyröläinen, H. (2018). Relationships between youth sports participation and mental health in young adulthood among Finnish males. *American Journal of Health Promotion*, 32(7), 1502–1509.
- Azurah, A. G. N., Sanci, L., Moore, E., & Grover, S. (2013). The quality of life of adolescents with menstrual problems. *Journal of Pediatric and Adolescent*

Gynecology, 26(2), 102–108.

- Bäckmand, H. M., Kaprio, J., Kujala, U. M., & Sarna, S. (2009). Physical activity, mood and the functioning of daily living: a longitudinal study among former elite athletes and referents in middle and old age. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(1), 1–9.
- Barajas-Iglesias, B., Jáuregui-Lobera, I., Laporta-Herrero, I., & Santed-Germán, M. Á. (2017). Eating disorders during the adolescence: personality characteristics associated with anorexia and bulimia nervosa. *Nutrición Hospitalaria*, 34(5), 1178–1184.
- Barkmann, C., Petermann, F., Schlack, R., Bullinger, M., Schulte-Markwort, M., Klasen, F., & Ravens-Sieberer, U. (2016). Course of health-related quality of life: Results of the BELLA Cohort Study. *Kindheit Und Entwicklung*, 25(1), 50–59.
- Barton, J., Bragg, R., Wood, C., & Pretty, J. (2016). *Green exercise: Linking nature, health and well-being*. Routledge.
- Benítez-Porres, J., Alvero-Cruz, J. R., Sardinha, L. B., López-Fernández, I., & Carnero, E. A. (2016). Cut-off values for classifying active children and adolescents using the Physical Activity Questionnaire: PAQ-C and PAQ-A. *Nutrición Hospitalaria*, 33(5), 1036–1044.
- Berman, A. H., Liu, B., Ullman, S., Jadbäck, I., & Engström, K. (2016). Children's quality of life based on the KIDSCREEN-27: child self-report, parent ratings and child-parent agreement in a Swedish random population sample. *PloS One*, 11(3), e0150545.
- Berra, S. del V., Tebé, C., Esandi, M. E., & Carignano, C. (2013). *Reliability and validity of the KIDSCREEN-52 questionnaire to measure health related quality of life in the 8 to 18 year-old Argentinean population*.
- Bezold, C. P., Banay, R. F., Coull, B. A., Hart, J. E., James, P., Kubzansky, L. D., Missmer, S. A., & Laden, F. (2018). The association between natural environments and depressive symptoms in adolescents living in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 62(4), 488–495.
- bin Shahril, M. R., bte Ahmad, A., bte Zainuddin, L. R., bte Ismail, K. F., & Aung, M. M. T. (2016). Association between physical activity and health-related quality of life in children: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1), 1–6.
- Bisegger, C., Cloetta, B., Von Bisegger, U., Abel, T., & Ravens-Sieberer, U. (2005). Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence. *Sozial-Und Präventivmedizin*, 50(5), 281–291.
- Bize, R., Johnson, J. A., & Plotnikoff, R. C. (2007). Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: a systematic review. *Preventive Medicine*, 45(6), 401–415.
- Brand, S., Kalak, N., Gerber, M., Clough, P. J., Lemola, S., Sadeghi Bahmani, D.,

- Pühse, U., & Holsboer-Trachsler, E. (2017). During early to mid adolescence, moderate to vigorous physical activity is associated with restoring sleep, psychological functioning, mental toughness and male gender. *Journal of Sports Sciences*, 35(5), 426–434.
- da Costa, B. G. G., Barreto, P. S., da Silveira, P. M., da Silva, J. A., & Silva, K. S. (2020). The association between practicing sport and non-sport physical activities and health-related quality of life of Brazilian adolescents: A cross-sectional study. *Science & Sports*, 35(4), e109–e119.
- de Silva, A., Swinburn, B., Waters, E., Gibbs, L., Moodie, M., Rossthorn, N., Kremer, P., & Bolton, K. (2014). *The effect of gender and age on the association between weight status and health-related quality of life in Australian adolescents*.
- de Souza, M. C., de Chaves, R. N., Dos Santos, F. K., Gomes, T. N. Q. F., Santos, D. V. E., Borges, A. S., Pereira, S. I. S., de Moraes Forjaz, C. L., Eisenmann, J., & Maia, J. A. R. (2017). The Oporto mixed-longitudinal growth, health and performance study. Design, methods and baseline results. *Annals of Human Biology*, 44(1), 11–20.
- Denissen, J. J. A., Butalid, L., Penke, L., & Van Aken, M. A. G. (2008). The effects of weather on daily mood: a multilevel approach. *Emotion*, 8(5), 662.
- DeSalvo, K. B., Bloser, N., Reynolds, K., He, J., & Muntner, P. (2006). Mortality prediction with a single general self-rated health question. *Journal of General Internal Medicine*, 21(3), 267–275.
- Dominick, K. L., Ahern, F. M., Gold, C. H., & Heller, D. A. (2002). Relationship of health-related quality of life to health care utilization and mortality among older adults. *Aging Clinical and Experimental Research*, 14(6), 499–508.
- Doré, I., Sabiston, C. M., Sylvestre, M.-P., Brunet, J., O’Loughlin, J., Abi Nader, P., Gallant, F., & Bélanger, M. (2019). Years participating in sports during childhood predicts mental health in adolescence: A 5-year longitudinal study. *Journal of Adolescent Health*, 64(6), 790–796.
- Downward, P., & Raschute, S. (2011). Does sport make you happy? An analysis of the well-being derived from sports participation. *International Review of Applied Economics*, 25(3), 331–348.
- Eime, R. M., Young, J. A., Harvey, J. T., Charity, M. J., & Payne, W. R. (2013). A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for children and adolescents: informing development of a conceptual model of health through sport. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10(1), 1–21.
- Ellina, P., Middleton, N., Lambrinou, E., & Kouta, C. (2019). Investigation of socioeconomic inequalities in health-related quality of life across Europe: a systematic review. *Divers Equal Health Care*, 16(4).
- Evans, D. R. (1994). Enhancing quality of life in the population at large. *Social Indicators Research*, 33(1), 47–88.

- Findley, L. C., & Coplan, R. J. (2008). Come out and play: shyness in childhood and the benefits of organized sports. *Canadian Journal of Behavioral Science, 40*(3), 153–161.
- Finne, E., Bucksch, J., Lampert, T., & Kolip, P. (2013). Physical activity and screen-based media use: cross-sectional associations with health-related quality of life and the role of body satisfaction in a representative sample of German adolescents. *Health Psychology and Behavioral Medicine: An Open Access Journal, 1*(1), 15–30.
- Freire, T., & Ferreira, G. (2018). Health-related quality of life of adolescents: Relations with positive and negative psychological dimensions. *International Journal of Adolescence and Youth, 23*(1), 11–24.
- Galán, I., Boix, R., Medrano, M. J., Ramos, P., Rivera, F., Pastor-Barriuso, R., & Moreno, C. (2013). Physical activity and self-reported health status among adolescents: a cross-sectional population-based study. *BMJ Open, 3*(5), e002644.
- Gaspar, T., Matos, M. G., Pais, R., Jose, L., Leal, I., & Ferreira, A. (2009). HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN CHILDREN AND ADOLESCENTS AND ASSOCIATED FACTORS. *Journal of Cognitive & Behavioral Psychotherapies, 9*(1).
- Gonçalves Galdino da Costa, B., Souto Barreto, P., Magno da Silveira, P., Aragoni da Silva, J., & Samara Silva, K. (2020). The association between practicing sport and non-sport physical activities and health-related quality of life of Brazilian adolescents: A cross-sectional study. *Science & Sports, 35*(4), e109–e119. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.scispo.2020.02.003>
- Hampel, P. (2007). Brief report: Coping among Austrian children and adolescents. *Journal of Adolescence, 30*(5), 885–890.
- Haraldstad, K., Christophersen, K.-A., & Helseth, S. (2017). Health-related quality of life and pain in children and adolescents: a school survey. *BMC Pediatrics, 17*(1), 174.
- Haraldstad, K., Kvarme, L. G., Christophersen, K.-A., & Helseth, S. (2019). Associations between self-efficacy, bullying and health-related quality of life in a school sample of adolescents: a cross-sectional study. *BMC Public Health, 19*(1), 757. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7115-4>
- Hiremath, C. (2019). Impact of sports on mental health. *International Journal of Physiology, Nutrition and Physical Education, 14*–18.
- Houston, M. N., Hoch, M. C., & Hoch, J. M. (2016). Health-related quality of life in athletes: a systematic review with meta-analysis. *Journal of Athletic Training, 51*(6), 442–453.
- Kling, K. C., Hyde, J. S., Showers, C. J., & Buswell, B. N. (1999). Gender differences in self-esteem: a meta-analysis. *Psychological Bulletin, 125*(4), 470–500. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.4.470>

- Knox, B., Azurah, A. G. N., & Grover, S. R. (2015). Quality of life and menstruation in adolescents. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 27(5), 309–314.
- Knox, E. C. L., & Muros, J. J. (2017). Gender and school-stage associations with health-related behaviours and health-related quality of life in Spanish children. *International Journal of Mental Health Promotion*, 19(5), 278–288. <https://doi.org/10.1080/14623730.2017.1345689>
- Kowalski, K. C., Crocker, P. R. E., & Kowalski, N. P. (1997). Convergent validity of the physical activity questionnaire for adolescents. *Pediatric Exercise Science*, 9(4), 342–352.
- Lubans, D., Richards, J., Hillman, C., Faulkner, G., Beauchamp, M., Nilsson, M., Kelly, P., Smith, J., Raine, L., & Biddle, S. (2016). Physical activity for cognitive and mental health in youth: a systematic review of mechanisms. *Pediatrics*, 138(3).
- Marker, A. M., Steele, R. G., & Noser, A. E. (2018). Physical activity and health-related quality of life in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 37(10), 893–903. <https://doi.org/10.1037/hea0000653>
- Martinez-Gomez, D., Martinez-de-Haro, V., Pozo, T., Welk, G. J., Villagra, A., Calle, M. E., Marcos, A., & Veiga, O. L. (2009). Reliability and validity of the PAQ-A questionnaire to assess physical activity in Spanish adolescents. *Revista Española de Salud Pública*, 83(3), 427–439.
- McCurdy, L. E., Winterbottom, K. E., Mehta, S. S., & Roberts, J. R. (2010). Using nature and outdoor activity to improve children's health. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 40(5), 102–117.
- McDowell, C. P., MacDonncha, C., & Herring, M. P. (2017). Brief report: associations of physical activity with anxiety and depression symptoms and status among adolescents. *Journal of Adolescence*, 55, 1–4.
- McMahon, E. M., Corcoran, P., O'Regan, G., Keeley, H., Cannon, M., Carli, V., Wasserman, C., Hadlaczky, G., Sarchiapone, M., & Apter, A. (2017). Physical activity in European adolescents and associations with anxiety, depression and well-being. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(1), 111–122.
- Meade, T., & Dowswell, E. (2015). Health-related quality of life in a sample of Australian adolescents: gender and age comparison. *Quality of Life Research*, 24(12), 2933–2938. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1033-4>
- Meade, T., & Dowswell, E. (2016). Adolescents' health-related quality of life (HRQoL) changes over time: a three year longitudinal study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1), 1–8.
- Membride, H. (2016). Mental health: early intervention and prevention in children and young people. *British Journal of Nursing*, 25(10), 552–557.
- Merkel, D. L. (2013). Youth sport: positive and negative impact on young athletes.

- Michel, G., Bisegger, C., Fuhr, D. C., Abel, T., & group, T. K. (2009). Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: a multilevel analysis. *Quality of Life Research*, 18(9), 1147. <https://doi.org/10.1007/s11136-009-9538-3>
- Mikkelsen, H. T., Haraldstad, K., Helseth, S., Skarstein, S., Småstuen, M. C., & Rohde, G. (2020). Health-related quality of life is strongly associated with self-efficacy, self-esteem, loneliness, and stress in 14–15-year-old adolescents: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 352. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01585-9>
- Moeijes, J., van Busschbach, J. T., Bosscher, R. J., & Twisk, J. W. R. (2018). Sports participation and psychosocial health: a longitudinal observational study in children. *BMC Public Health*, 18(1), 1–11.
- Moeijes, J., van Busschbach, J. T., Bosscher, R. J., & Twisk, J. W. R. (2019). Sports participation and health-related quality of life: a longitudinal observational study in children. *Quality of Life Research*, 28(9), 2453–2469.
- Moeijes, J., Van Busschbach, J. T., Wieringa, T. H., Kone, J., Bosscher, R. J., & Twisk, J. W. R. (2019). Sports participation and health-related quality of life in children: results of a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(1), 1–12.
- Moksnes, U. K., Moljord, I. E. O., Espnes, G. A., & Byrne, D. G. (2010). The association between stress and emotional states in adolescents: The role of gender and self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 49(5), 430–435.
- Omorou, A. Y., Langlois, J., Lecomte, E., Briançon, S., & Vuillemin, A. (2016). Cumulative and bidirectional association of physical activity and sedentary behaviour with health-related quality of life in adolescents. *Quality of Life Research*, 25(5), 1169–1178.
- Otto, C., Haller, A.-C., Klasen, F., Hölling, H., Bullinger, M., Ravens-Sieberer, U., & Group, B. S. (2017). Risk and protective factors of health-related quality of life in children and adolescents: results of the longitudinal BELLA study. *PLoS One*, 12(12), e0190363.
- Pasanen, T. P., Tyrväinen, L., & Korpela, K. M. (2014). The relationship between perceived health and physical activity indoors, outdoors in built environments, and outdoors in nature. *Applied Psychology: Health and Well-being*, 6(3), 324–346.
- Patel, T., & Jayanthi, N. (2018). Health-related quality of life of specialized versus multi-sport young athletes: a qualitative evaluation. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 12(3), 448–466.
- Patton, G. C., & Viner, R. (2007). Pubertal transitions in health. *The Lancet*, 369(9567), 1130–1139.
- Prochaska, J. J., Sallis, J. F., & Long, B. (2001). A physical activity screening measure

for use with adolescents in primary care. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 155(5), 554–559.

- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W., Auquier, P., Power, M., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J., & Kidscreen Group, E. (2005). KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 5(3), 353–364. <https://doi.org/10.1586/14737167.5.3.353>
- Ravens-Sieberer, U., Herdman, M., Devine, J., Otto, C., Bullinger, M., Rose, M., & Klasen, F. (2014). The European KIDSCREEN approach to measure quality of life and well-being in children: development, current application, and future advances. *Quality of Life Research*, 23(3), 791–803.
- Ross, C. E., Masters, R. K., & Hummer, R. A. (2012). Education and the gender gaps in health and mortality. *Demography*, 49(4), 1157–1183.
- Rütten, A., Abu-Omar, K., Levin, L., Morgan, A., Groce, N., & Stuart, J. (2008). Research note: social catalysts in health promotion implementation. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62(6), 560–565.
- Sabiston, C. M., Jewett, R., Ashdown-Franks, G., Belanger, M., Brunet, J., O’Loughlin, E., & O’Loughlin, J. (2016). Number of years of team and individual sport participation during adolescence and depressive symptoms in early adulthood. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 38(1), 105–110.
- Simon, J. E., & Docherty, C. L. (2014). Current health-related quality of life is lower in former Division I collegiate athletes than in non-collegiate athletes. *The American Journal of Sports Medicine*, 42(2), 423–429.
- Snedden, T. R., Scerpella, J., Kliethermes, S. A., Norman, R. S., Blyholder, L., Sanfilippo, J., McGuine, T. A., & Heiderscheidt, B. (2019). Sport and physical activity level impacts health-related quality of life among collegiate students. *American Journal of Health Promotion*, 33(5), 675–682.
- Snyder, A. R., Martinez, J. C., Bay, R. C., Parsons, J. T., Sauers, E. L., & McLeod, T. C. V. (2010). Health-related quality of life differs between adolescent athletes and adolescent nonathletes. *Journal of Sport Rehabilitation*, 19(3), 237–248.
- Sundgot-Borgen, J., & Larsen, S. (1993). Pathogenic weight-control methods and self-reported eating disorders in female elite athletes and controls. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 3(3), 150–155.
- Tebe, C., Berra, S., Herdman, M., Aymerich, M., Alonso, J., & Rajmil, L. (2008). Reliability and validity of the Spanish version of the KIDSCREEN-52 for child and adolescent population. *Medicina Clínica*, 130(17), 650–654.
- Thompson Coon, J., Boddy, K., Stein, K., Whear, R., Barton, J., & Depledge, M. H. (2011). Does participating in physical activity in outdoor natural environments have a greater effect on physical and mental wellbeing than physical activity indoors? A systematic review. *Environmental Science & Technology*, 45(5), 1761–

1772.

- Torres, R., Zajer, C., Menendez, M., Canessa, M. J., Cerda, J., Wietstruck, M. A., & Zúñiga, P. (2017). *Heavy menstrual bleeding affects quality of life in adolescents*.
- Vella, S. A., Cliff, D. P., Magee, C. A., & Okely, A. D. (2014). Sports Participation and Parent-Reported Health-Related Quality of Life in Children: Longitudinal Associations. *The Journal of Pediatrics*, *164*(6), 1469–1474.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2014.01.071>
- Voss, C., Dean, P. H., Gardner, R. F., Duncombe, S. L., & Harris, K. C. (2017). Validity and reliability of the Physical Activity Questionnaire for Children (PAQ-C) and Adolescents (PAQ-A) in individuals with congenital heart disease. *PLoS One*, *12*(4), e0175806.
- World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. (2013). *JAMA*, *310*(20), 2191–2194.
<https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Wu, X. Y., Han, L. H., Zhang, J. H., Luo, S., Hu, J. W., & Sun, K. (2017). The influence of physical activity, sedentary behavior on health-related quality of life among the general population of children and adolescents: A systematic review. *PloS One*, *12*(11), e0187668. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187668>
- Zhou, J., Heim, D., & O'Brien, K. (2015). Alcohol consumption, athlete identity, and happiness among student sportspeople as a function of sport-type. *Alcohol and Alcoholism*, *50*(5), 617–623.

ANEXO

CUESTIONARIO KIDSCREEN-52

1. ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD

Piensa en la última semana	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
1. En general cómo dirías que es tu salud					

Piensa en la última semana	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
2. Me he sentido bien y en forma					
3. ¿Te has sentido físicamente activo? (correr, bici, trepar...)					
4. ¿Has podido correr bien?					

Piensa en la última semana	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
5. ¿Te has sentido lleno de energía?					

2. TUS SENTIMIENTOS

Piensa en la última semana	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
6. ¿Has disfrutado de la vida?					
7. ¿Te has sentido contento/a de estar vivo/a?					
8. ¿Te has sentido satisfecho /a con tu vida?					

Piensa en la última semana	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
9. ¿Has estado de buen humor?					
10. ¿Te has sentido alegre?					
11. ¿Te has divertido?					

3. ESTADO DE ÁNIMO

Piensa en la última semana	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
12. ¿Has tenido la sensación de hacer todo mal?					
13. ¿Te has sentido triste?					
14. ¿Te has sentido tan mal que no querías hacer nada?					
15. ¿Has tenido la sensación de que todo en tu vida sale mal?					
16. ¿Te has sentido harto/a?					
17. ¿Te has sentido solo/a?					
18. ¿Te has sentido bajo presión?					

4. SOBRE TI

Piensa en la última semana	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
19. ¿Has estado contento/a con tu forma de ser?					
20. ¿Has estado contento/a con tu ropa?					
21. ¿Te ha preocupado tu aspecto?					
22. ¿Has tenido envidia del aspecto de otros chicos/as?					
23. ¿Hay alguna parte de tu cuerpo que te gustaría cambiar?					

5. TU TIEMPO LIBRE

Piensa en la última semana	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
24. ¿Has tenido suficiente tiempo para ti?					
25. ¿Has podido hacer las cosas que querías en tu tiempo libre?					
26. ¿Has tenido suficientes oportunidades de estar al aire libre?					
27. ¿Has tenido suficiente tiempo para ver a los amigos?					
28. ¿Has podido elegir qué hacer con tu tiempo libre?					

6. TU VIDA FAMILIAR

Piensa en la última semana	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
29. ¿Tus padres te han entendido?					
30. ¿Te has sentido querido/a por tus padres?					
31. ¿Te has sentido feliz en casa?					
32. ¿Tus padres han tenido suficiente tiempo para ti?					
33. ¿Tus padres te han tratado de forma justa?					
34. ¿Has podido hablar con tus padres cuando has querido?					

7. ASUNTOS ECONÓMICOS

Piensa en la última semana	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
35. ¿Has tenido suficiente dinero para hacer lo mismo que tus amigos/As?					
36. ¿Has tenido suficiente dinero para tus gastos?					

Piensa en la última semana	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
37. Tienes suficiente dinero para hacer cosas con tus amigos/as?					

8. TUS AMIGOS

Piensa en la última semana	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
38. ¿Has pasado tiempo con tus amigos/as?					
39. ¿Has hecho cosas con otros chicos/as?					
40. ¿Te has divertido con tus amigos/as?					
41. ¿Tú y tus amigo/as os habéis ayudado unos/as a otros/as?					
42. ¿Has podido hablar todo con tus amigos/as?					
43. ¿Has podido confiar en tus amigos/as?					

9. EL COLEGIO

Piensa en la última semana	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
44. ¿Te has sentido feliz en el colegio?					
45. ¿Te has sentido bien en el colegio?					
46. ¿Te has sentido satisfecho/a con tus profesores/as?					

Piensa en la última semana	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
47. ¿Has podido prestar atención?					
48. ¿Te ha gustado ir al colegio?					
49. ¿Te has llevado bien con tus profesores/as?					

10. TÚ Y LOS DEMÁS

Piensa en la última semana	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
50. ¿Has tenido miedo de otros chicos/as?					
51. ¿Se han reído de ti otros chicos/as?					
52. ¿Te ha intimidado o amenazado otros chicos/as?					