

Actividad física realizada y percepción de su importancia para la salud en alumnado de formación profesional

Physical activity and perception of its importance for health in vocational training students.

Francisco Álvarez Salvago¹, Francisco Artacho Cordón²

¹ Department of Physiotherapy, European University of Valencia, E-46010 Valencia, Spain;

² Department of Radiology and Physical Medicine, University of Granada, E-18016 Granada, Spain

francisco.alvarez2@universidadeuropea.es, fartacho@ugr.es

Resumen

Los esfuerzos para fomentar un hábito saludable de actividad física (AF) y hacer comprender su importancia como factor protector de la salud, parecen no ser suficientes según concluyen diversas investigaciones científicas. Esta circunstancia justifica la necesidad de analizar si esto ocurre también en el alumnado de Formación Profesional (FP) de la rama sanitaria, ya que, como parte de su desempeño profesional, deben inculcar a la población hábitos y estilos de vida saludables. Así, el objetivo fue analizar el nivel de AF realizada, la condición física autopercebida y la percepción de la importancia de la AF sobre diferentes aspectos relacionados con la salud entre los alumnos de FP de la rama sanitaria, así como en comparación con alumnos de otras especialidades de FP.

Para ello, se realizó un estudio descriptivo transversal. La cohorte de participantes constó de 120 alumnos de FP de Grado Medio sanitario y Grado Superior sanitario y no sanitario de varios centros educativos de Granada. Se establecieron diferentes grupos en función del grado educativo y la especialidad formativa cursada, así como el sexo, para explorar posibles diferencias en las variables de interés. Las variables fueron recogidas mediante el uso de un cuestionario sobre características sociodemográficas y AF, la *International Fitness Scale (IFIS)* para la condición física autopercebida y escalas numéricas ordinales para la importancia de la AF sobre diferentes aspectos relacionados con la salud.

En cuanto a los resultados, no se observaron diferencias significativas en la práctica de AF, aunque más del 40% de todo el alumnado de FP sanitaria en su conjunto no cumplía las recomendaciones de AF. Hubo diferencias significativas en la condición física general autopercebida entre hombres y mujeres de FP Superior sanitaria ($P = <,001$). Se observaron diferencias significativas en la percepción de la importancia de la AF para la salud entre el alumnado de FP Superior sanitaria con respecto a los de FP Medio sanitaria y Superior no sanitaria (P entre ,000 y ,011). Estas diferencias se

observaron también entre los hombres de FP Superior de sanidad y los hombres de FP Superior no sanitaria (P entre ,006 y ,025).

Por tanto, se pudo concluir que la tasa de inactividad física entre el alumnado de FP de Grado Medio y Superior sanitario sigue siendo considerable y repercute en la percepción de su condición física, agravándose esta realidad en las mujeres. Además, el grado y la especialidad formativa parecen influir en la percepción de la importancia de la AF sobre diferentes aspectos relacionados con la salud.

Palabras Clave

Actividad física, Formación Profesional, Condición Física

Abstract

Efforts to promote a healthy habit of physical activity (PA) and to make people understand its importance as a protective factor for health seem to be insufficient, according to the conclusions of various scientific studies. This circumstance justifies the need to analyze whether this also occurs in students of Vocational Training (VT) in the health branch, since, as part of their professional performance, they must inculcate healthy habits and lifestyles in the population. Thus, the aim was to analyze the level of PA performed, self-perceived physical condition and the perception of the importance of PA on different aspects related to health among VT students in the health branch, as well as in comparison with students in other VT specialties.

For this purpose, a cross-sectional descriptive study was carried out. The cohort of participants consisted of 120 students of health and non-health VT students from several educational centers in Granada. Different groups were established according to educational level and the training specialty studied, as well as sex, to explore possible differences in the variables of interest. The variables were collected using a questionnaire on sociodemographic characteristics and PA, the International Fitness Scale (IFIS) for self-perceived physical fitness, and ordinal numerical scales for the importance of PA on different health-related aspects.

Regarding the results, no significant differences were observed in PA practice, although more than 40% of all health VT students as a whole did not meet PA recommendations. There were significant differences in self-perceived general physical fitness between male and female health VT students ($P = <.001$). Significant differences were observed in the perception of the importance of PA for health among the students in health VT with respect to those in non-health VT (P between .000 and .011). These differences were also observed between male students in health and male students in non-health higher VT (P between .006 and .025).

Therefore, it was possible to conclude that the rate of physical inactivity among students in intermediate and higher vocational training in health is still considerable and has repercussions on the perception of their physical condition, with this reality being aggravated in women. Furthermore, the degree and the training specialty seem to influence the perception of the importance of PA on different aspects related to health.

Physical Activity, Vocational Training, Physical Fitness

1. Introducción

La relación que existe entre la práctica de actividad física (AF) y la salud está plenamente demostrada por un amplio conjunto de investigaciones que han puesto en alza los beneficios que tiene la práctica regular y adecuada de AF en diversas etapas de la vida, tanto a nivel físico como psicológico y social (Annesi, 2010; Chen & Lee, 2013; Rodríguez-León & Garzón-Molina, 2013; Owen, Salmon, Koohsari, Turrell & Giles-Corti, 2014). Especialmente, existen estudios que han puesto de relieve la importancia de promocionar estilos de vida activos en la infancia y en la adolescencia (Pontifex et al., 2011; Mota et al., 2012; Vedul-Kjelsås, Sigmundsson, Stensdotter & Haga, 2012), dado que se trata de etapas críticas en el desarrollo de una persona, pudiendo llegar a influir estas etapas de manera sustancial en la vida adulta (Raudino, Fergusson & Horwood, 2013; Blakemore & Mills, 2014; Mills, Lalonde, Clasen, Giedd & Blakemore, 2014).

Por un lado, se sabe que la práctica regular de AF en jóvenes y adultos se asocia positivamente con la salud autopercibida (Herman, Sabiston, Tremblay & Paridis, 2014; Rodríguez-García et al., 2015; Rosa-Guillamón, García-Cantó & Carillo-López, 2018). Asimismo, el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus, señaló en un comunicado en junio de 2018 que realizar periódicamente AF es fundamental para prevenir y tratar enfermedades no transmisibles como las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, las enfermedades respiratorias, la diabetes, la obesidad o diferentes tipos de cáncer, ya que estas provocan el 71% de todas las muertes a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 4 de junio 2018). Conforme a toda esta evidencia, cabe señalar como la OMS en sus recomendaciones mundiales sobre AF, establece un mínimo de 60 minutos diarios de AF de intensidad moderada a vigorosa para personas entre 5 y 17 años, o en el caso de personas entre 18 y 64 años, de 150 minutos semanales a intensidad moderada, de 75 minutos semanales a intensidad vigorosa o bien, una combinación equivalente de ambas actividades moderadas y vigorosas (OMS, 2010). Incluso, para este último rango de edad, la OMS llega a señalar que para obtener mayores beneficios para la salud deberían duplicarse semanalmente estas cifras (OMS, 2010).

No obstante, y a pesar de dichas recomendaciones, la última encuesta quinquenal de hábitos deportivos en España publicada por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte junto al Consejo Superior de Deportes y que evaluó a 12 mil personas de 15 años en adelante, señaló que solo el 53,5% de la población española realizaba algún tipo AF en el año 2015 (Ministerio de Cultura y Deporte-Gobierno de España, 2015). Estos datos se alejan de la realidad que se vive en otros países europeos, como por ejemplo Finlandia (69%), Suecia (67%) o Dinamarca (63%), según el Euro-barómetro publicado en 2018 por la Dirección General de Educación, Juventud, Deporte y Cultura de la Unión Europea (Comisión Europea, 2018). Además, ambos informes evidencian entre sus conclusiones como el sexo, el nivel de estudios, los ingresos económicos y la edad son variables determinantes de la práctica de AF, siendo notoria no solo una tasa inferior en las mujeres y en personas con niveles educativos e ingresos más bajos, sino también una tendencia a disminuir dicha práctica de AF con la edad y el envejecimiento (Ministerio de Cultura y Deporte-Gobierno de España, 2015).

Por otro lado, es importante tener en cuenta que la escuela y el instituto, las cuales han sido y son hasta la fecha instituciones de referencia en la formación del

alumnado, han experimentado una evolución progresiva del tema de la salud dentro de sus contenidos (Ley Orgánica 1/1990; Ley Orgánica 10/2002; Ley Orgánica 2/2006; Ley Orgánica 8/2013). De este modo, la comunidad educativa coincide en afirmar que la práctica de AF ha de disponer de un espacio fundamental en la formación integral del individuo, siendo decisiva la edad escolar para la creación y comprensión de estilos de vida activa y saludables. Esto, se basa en el hecho de que el proceso educativo tiene la misión de construir unos pilares sólidos para el conocimiento y la realización personal y profesional, por lo que la práctica de AF debe indudablemente formar parte de todo este proceso.

Sin embargo, los avances tecnológicos y el desarrollo de los medios de transporte han ido eclipsando progresivamente la inclusión de la AF como un pilar primordial en nuestra vida diaria, especialmente entre la población más joven (García-Ferrando & Llopis-Goig, 2011; Mielgo-Ayuso et al., 2017), lo que hace difícil imaginar que esta tendencia se vaya a invertir en el futuro. Además, a esto hay que añadir un entorno urbanístico poco favorable a la práctica de AF, lo que ha provocado, entre otras cosas, la reducción del número de menores que acuden a su centro educativo andando, los cuales, además, tienden a ser menos activos durante el resto del día (Ministerio de Cultura y Deporte-Gobierno de España, 2015). En ese sentido, un estudio publicado por la Revista Española de Cardiología estimó que en el año 2016 había en España unos 24 millones de personas adultas con exceso de peso, concretamente un 70% de los hombres y un 50% de las mujeres con más de 16 años. En el mismo estudio se alerta de que, si se mantiene la tendencia actual, en el año 2030 la cifra se incrementará en unos 3 millones de personas (Hernández et al., 2019). De tal manera, que los esfuerzos que se puedan estar llevando a cabo en la actualidad, no solo para incrementar y fomentar un hábito de AF, sino también para hacer comprender a la población la importancia que esta tiene como factor protector de la salud, parecen no ser suficientes, según concluyen los resultados de diversas investigaciones científicas (García-Ferrando & Llopis-Goig, 2011; Ministerio de Cultura y Deporte-Gobierno de España, 2015; Varela-Moreiras, Ávila & Ruíz, 2015; Mielgo-Ayuso et al., 2017; Ruíz & Varela-Moreiras, 2017; OMS, 2019; Guthold, Stevens, Riley & Bull, 2020). Esta circunstancia justifica la necesidad de analizar si esto ocurre también en el alumnado de Formación Profesional (FP) de la rama sanitaria, ya que, como parte de su desempeño profesional, deben inculcar a la población hábitos y estilos de vida saludables.

Por tanto, este estudio pretende proporcionar a la comunidad educativa datos interesantes y de gran utilidad que demuestren la posible necesidad de replantear o poner en marcha iniciativas dirigidas a fomentar, en el alumnado de FP de Grado Medio y Superior sanitario, un hábito de AF saludable y, además, a mejorar la comprensión y apreciación de los múltiples beneficios para la salud que se derivan de esta.

2. Justificación

La asociación positiva existente entre la práctica de AF y la salud, el papel influyente de la infancia y la adolescencia en la vida adulta y las alarmantes cifras sobre sedentarismo en personas de a partir de los 16 años en nuestro país, hacen que posiblemente siga siendo necesario rediseñar o crear nuevas estrategias que inculquen no solo un hábito de AF, sino también unos conocimientos acerca de la importancia de la AF para la salud en el alumnado de FP de la rama sanitaria. Esto es particularmente necesario en este tipo de alumnado, ya que son no solo responsables pasivos de su propia salud, sino que son también en su calidad de futuros profesionales sanitarios, responsables activos de la salud de la población.

3. Hipótesis

La hipótesis de este estudio contempla que el alumnado que cursa algún Ciclo de FP de la rama sanitaria, podría no alcanzar el nivel de AF semanal recomendado por la OMS, a pesar de que autoperciban como buena su condición física. Además, es posible que no consideren la práctica regular de la AF como un factor de protector ante la aparición de diferentes problemas de salud. Por otro lado, también se ha contemplado la posibilidad de que existan diferencias por sexo en cuanto a la práctica semanal de AF, la condición física autopercebida y la percepción de la importancia que tengan sobre la AF como factor protector para diferentes aspectos relacionados con la salud.

4. Objetivos

4.1 General

El objetivo general que persigue este estudio es el de analizar el porcentaje de alumnos de FP de la rama sanitaria, en comparación con otras especialidades formativas, que alcanzan los niveles de AF semanal recomendados por la OMS. También se busca conocer la condición física autopercebida y la percepción de la importancia que dicho alumnado tiene sobre la AF como factor protector para diferentes aspectos relacionados con la salud e, incluso, explorar posibles diferencias por sexo en dichos aspectos.

4.2 Específicos

- 1) Analizar si existen diferencias en la AF realizada, la condición física autopercebida y la percepción de la importancia de la AF para diferentes aspectos relacionados con la salud en función del grado educativo y la especialidad de FP cursada.
- 2) Clarificar las posibles diferencias por sexo en la AF realizada, la condición física autopercebida y la percepción de la importancia de la AF para diferentes aspectos relacionados con la salud.

5. Material y métodos

5.1 Diseño y población de estudio

Se realizó un estudio descriptivo transversal que incluyó un total de 120 alumnos. El estudio se desarrolló durante los meses de febrero y marzo de 2020 en dos centros educativos de la ciudad de Granada [Centro Público Integrado de Formación Profesional (CPIFP) Aynadamar y el Instituto de Educación Secundaria (I.E.S) Virgen de las Nieves]. El acceso al alumnado de los diferentes grados educativos (Ciclos de FP de Grado Medio y Grado Superior) y a su vez, de diferentes especialidades formativas (Cuidados Auxiliares de Enfermería, Estética y Belleza, Laboratorio Clínico y Biomédico, Nutrición, Salud Ambiental y Mecatrónica Industrial), se estableció mediante una solicitud por escrito a los directores de cada uno de los centros (Anexo 1 y Anexo 2) y con la posterior aprobación por parte de la Delegación Territorial de Educación de Granada. Los directores fueron los encargados de avisar con antelación al equipo docente sobre las características del estudio y la posibilidad de utilizar los 5 minutos previos al inicio de la clase (con el fin de que los estudiantes estuvieran más concentrados), para rellenar el cuestionario.

Tras la aprobación, y una vez *in situ*, se informó al alumnado tanto de las características del estudio, como de que los resultados serían analizados y comparados de forma anónima con fines académicos. Aquellos que estuvieron finalmente interesados en participar, rellenaron el cuestionario en castellano en presencia del investigador por si era necesario aclarar cualquier tipo de duda.

Para ser incluido en el estudio, los participantes tenían que cumplir el siguiente requisito: 1) estar matriculado en algún Ciclo de FP de Grado Medio o Grado Superior, independientemente de la especialidad formativa. No obstante, los participantes eran excluidos si presentaban alguna de las siguientes características: 1) no comprender el castellano y 2) padecer algún tipo de discapacidad física o intelectual que limite la comprensión y respuesta individualizada de las preguntas.

Los participantes fueron divididos teniendo en cuenta diferentes criterios de clasificación en función de los diferentes objetivos específicos planteados. Para el primer objetivo específico, los participantes fueron clasificados en tres grupos en función del grado y la especialidad formativa que cursasen actualmente: FP de Grado Medio sanitario (Cuidados Auxiliares de enfermería y Estética y Belleza), FP de Grado Superior sanitario (Laboratorio Clínico y Biomédico, Nutrición y Salud Ambiental) y FP de Grado Superior no sanitario (Mecatrónica Industrial). Para el segundo objetivo específico, se establecieron grupos en función del sexo (hombres o mujeres) entre los participantes que cursasen únicamente FP de Grado Superior sanitario. Además, se analizaron también las diferencias entre los hombres que cursasen FP de Grado Superior sanitario y los que cursasen FP de Grado Superior no sanitario.

5.2 Variables del estudio

Las variables de estudio fueron recogidas mediante un cuestionario que incluía información sobre datos sociodemográficos, la AF realizada semanalmente, la condición física autopercebida y la percepción de la importancia de la AF para diferentes aspectos relacionados con la salud. Todas las preguntas se muestran en los Anexos 3 y 4.

Características demográficas: La información sociodemográfica incluía preguntas sobre la edad, el sexo, la raza, el nivel de estudios previos, el grado educativo y la especialidad formativa que se cursaba actualmente, el tipo de desplazamiento al centro educativo, el empleo y el consumo de tabaco y alcohol.

Actividad física: La información relacionada con la AF realizada semanalmente abarcaba las siguientes preguntas: si realizaba o no AF, si consideraba que realizaba suficiente AF, si padecía alguna lesión que le impidiera realizar AF, el tipo de AF realizada, si había recibido charlas o información sobre la importancia de la AF desde el momento en el que comenzó la FP y si conocía las recomendaciones de la OMS sobre la práctica de AF semanal para personas entre 5-17 años y 18-64 años. En cuanto a la frecuencia y duración de la AF semanal, estas fueron clasificadas (no realiza, 1-2 días/semana, 3-5 días/semana y 6-7 días/semana) y (no realiza, <1 hora/sesión, 1-2 horas/sesión, 2-4 horas/sesión, 4-6 horas/sesión y >6 horas/sesión) respectivamente. Estos ítems son similares a aquellos usados en varios sistemas de vigilancia de factores de riesgo conductuales, como el Método Progresivo STEPS para un enfoque gradual en la vigilancia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (ver Anexo 5) y CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No Transmisibles) (OMS, 2002). Los datos de fiabilidad han sido previamente publicados (Wardle & Steptoe, 1991; Steptoe, Sanderman & Wardle, 1995).

Por último, teniendo en cuenta las directrices de la OMS (2010) y considerando la edad, la frecuencia con la que se realizaba AF semanalmente, la duración y el tipo de AF realizada, se calculó una nueva variable para el análisis principal que clasificaba a los participantes en aquellos que cumplían las recomendaciones de la OMS sobre la práctica de AF semanal y en los que no. No obstante, como la variable sobre la frecuencia y la duración de la AF fueron formuladas en el cuestionario inicial de tal forma que aún dentro de una misma opción podrían existir dos posibilidades diferentes, estas variables tuvieron que ser de nuevo categorizadas otorgándole a cada participante el valor intermedio de la opción que eligió cuando contestó el cuestionario. Es decir, la frecuencia resultaría en: No realiza = no realiza, 1-2 días/semana = 1,5 días/semana, 3-5 días/semana = 4 días/semana y 6-7 días/semana = 6,5 días/semana), y la duración en: No realiza = no realiza, <1 hora/sesión = 0,5 horas/sesión, 1-2 horas/sesión = 1,5 horas/sesión, 2-4 horas/sesión = 3 horas/sesión, 4-6 horas/sesión = 5 horas/sesión y >6 horas/sesión = >6 horas/sesión.

Condición física autopercebida: La información sobre la condición física autopercebida fue recogida también junto al cuestionario, pero mediante la versión española de la International Fitness Scale (IFIS). Esta incluye cinco escalas Likert sobre condición física general, condición física cardiorrespiratoria, fuerza muscular,

velocidad/agilidad y flexibilidad, con cinco posibilidades de respuesta (muy mala, mala, aceptable, buena y muy buena) y en comparación con la condición física de un amigo/a. No obstante, para el análisis principal solo fue analizada la “condición física general”, la cual fue de nuevo categorizada de tal forma que se agruparon por un lado a aquellos que contestaron muy mala, mala o aceptable, y por otro, a aquellos que contestaron buena o muy buena. La fiabilidad de esta escala fue alta (α de Cronbach 0,80) (Español-Moya & Ramírez-Vélez, 2014).

Percepción de la importancia de la actividad física para la salud: La percepción de la importancia de la AF sobre diferentes aspectos relacionados con la salud se estableció mediante escalas numéricas ordinales que fluctuaban del 1 (nada) al 10 (mucho). Los aspectos sobre los que los alumnos fueron preguntados fueron: la salud en general, prevenir la obesidad, prevenir la diabetes, prevenir el riesgo de padecer cáncer, tratar enfermedades del corazón, tratar las secuelas producidas por el cáncer, prevenir el Alzheimer y otras demencias, tratar el insomnio y prevenir la depresión.

5.3 Análisis estadístico

Para proceder al análisis general de los datos, se utilizó estadística descriptiva con la que establecer las características de toda la muestra. Los resultados se presentan como medias y desviaciones estándar para los datos continuos y como valores absolutos y porcentajes para los datos categóricos.

A continuación, las diferencias específicas entre los grupos en cuanto al cumplimiento de las recomendaciones de la OMS (2010) y a la condición física general autopercebida, fueron calculadas mediante la prueba de Chi-cuadrado o la Prueba exacta de Fisher según corresponda en cada uno de los dos objetivos específicos.

Por un lado, en cuanto a las diferencias entre los grupos para la percepción de la importancia de la AF sobre diferentes aspectos relacionados con la salud, en el primer y segundo objetivo específico fueron calculadas mediante el análisis de la varianza (ANOVA). Como variable independiente en el primer objetivo se consideró la pertenencia a uno de los siguientes grupos: FP de Grado Medio sanitario, FP de Grado Superior sanitario o FP de Grado Superior no sanitario, mientras que en el segundo objetivo se consideró la pertenencia al grupo de hombres o mujeres que cursasen solamente FP de Grado Superior sanitario. La salud en general, prevenir la obesidad, prevenir la diabetes, prevenir el riesgo de padecer cáncer, tratar enfermedades del corazón, tratar las secuelas producidas por el cáncer, prevenir el Alzheimer y otras demencias, tratar el insomnio y prevenir la depresión fueron consideradas como variables dependientes para ambos objetivos. Posteriormente, y solo para el primer objetivo, fue necesario realizar una comparación múltiple *post-hoc* de las medias con ajuste de Bonferroni.

Por otro lado, para seguir analizando otras diferencias por sexo en la percepción de la importancia de la AF sobre diferentes aspectos relacionados con la salud, se utilizó la Prueba U de Mann-Whitney. En este caso, las variables dependientes fueron las mismas, mientras que como variable independiente se consideró pertenecer al grupo de los hombres de FP de Grado Superior sanitario o bien, al grupo de los hombres de FP de Grado Superior no sanitario.

Para el análisis de los datos se utilizó el Paquete Estadístico IBM SPSS Statistic for Windows (Armonk, NY, USA) versión 22.0 con un nivel de significancia establecido en ($P < 0,05$) y un intervalo de confianza (IC) del 95%.

6. Resultados

Por una parte, y de manera generalizada, los datos obtenidos de los 120 participantes sobre las características sociodemográficas reflejan que la edad media era de $20,48 \pm 4,72$ años, el 67% eran mujeres, el 26,7% había cursado previamente otra FP de Grado Medio o Superior, el 80% no trabajaba en la actualidad y el 65% eran no fumadores (ver Tabla 1).

En relación con la AF, pudo observarse cómo el 70% no había recibido información sobre la importancia de la AF desde que estaba matriculado en la FP que cursaba en la actualidad, el 93,7% y 98,3% no conocían las recomendaciones de la OMS sobre AF semanal para personas entre 5-17 y 18-64 años respectivamente, y el 29,2% era totalmente inactivo (ver Tabla 2).

Respecto a la condición física autopercebida, aunque los datos mostraron que la mayoría de las respuestas (30%-52,5%) se concentraban siempre en la opción de aceptable para condición física general, condición física cardiorrespiratoria, fuerza muscular, velocidad/agilidad y flexibilidad, pudo observarse que entre un 15,8% y un 35% se autopercebía como muy mal o mal en todas las categorías mencionadas (ver Tabla 3).

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Media de edad ± DE, Años		20,48 ± 4,72
Sexo, n (%)		
Hombre		39 (32,5)
Mujer		81 (67,5)
Raza, n (%)		
Caucásica		111 (92,5)
Negra		1 (0,8)
Gitana		5 (4,2)
Árabe		1 (0,8)
Latina		1 (0,8)
Asiática		1 (0,8)
Nivel de estudios previos, n (%)		
E.S.O		33 (27,5)
Bachillerato		51 (42,5)
Formación Profesional Grado Medio		21 (17,5)
Formación Profesional Grado Superior		11 (9,2)
Grado Universitario		2 (1,7)
Máster Universitario		2 (1,7)
Grado educativo y especialidad que cursa actualmente, n (%)		
Formación Profesional Grado Medio sanitario		
	<i>Cuidados Auxiliares de Enfermería</i>	20 (16,7)
	<i>Estética y Belleza</i>	19 (15,8)
Formación Profesional Grado Superior sanitario		
	<i>Laboratorio Clínico y Biomédico</i>	25 (20,8)
	<i>Nutrición</i>	22 (18,3)
	<i>Salud Ambiental</i>	17 (14,2)
Formación Profesional Grado Superior no sanitario		
	<i>Mecatrónica Industrial</i>	17 (14,2)
Desplazamiento al centro educativo, n (%)		
Andando		38 (31,7)
Coche, moto o patinete eléctrico		38 (31,7)
Transporte público		43 (35,8)
Bicicleta o patines		1 (0,8)
Empleo en la actualidad, n (%)		
Sí		24 (20)
No		96 (80)
Consumo de tabaco, n (%)		
Sí		37 (30,8)
No		78 (65,0)
Exfumador/a		5 (4,2)
Consumo de alcohol, n (%)		
Sí		65 (54,2)
No		55 (45,8)

Tabla 1. Características sociodemográficas.

Abreviaturas: n: Tamaño de la muestra; DE: Desviación estándar; E.S.O: Educación Secundaria Obligatoria.

CARACTERÍSTICAS ACTIVIDAD FÍSICA

Ha recibido información sobre la importancia de la actividad física desde que comenzó la FP actual, <i>n</i> (%)	
Sí	36 (30)
No	84 (70)
Conoce las recomendaciones de la OMS para personas 5-17 años, <i>n</i> (%)	
Sí	8 (6,7)
No	112 (93,7)
Conoce las recomendaciones de la OMS para personas 18-64 años, <i>n</i> (%)	
Sí	2 (1,7)
No	118 (98,3)
Realiza actividad física semanalmente, <i>n</i> (%)	
Sí	85 (70,8)
No	35 (29,2)
Considera que realiza suficiente actividad física semanalmente, <i>n</i> (%)	
Sí	38 (31,7)
No	82 (68,3)
Padece alguna lesión que impida la realización semanal de actividad física, <i>n</i> (%)	
Sí	16 (13,3)
No	104 (86,7)
Frecuencia con la que realiza actividad física semanalmente, <i>n</i> (%)	
No realiza	35 (29,2)
1-2 días	31 (23,8)
3-5 días	47 (39,2)
6-7 días	7 (5,8)
Duración de la actividad física, <i>n</i> (%)	
No realiza	35 (29,2)
<1 hora	24 (20)
1-2 horas	51 (42,5)
2-4 horas	8 (6,7)
4-6 horas	1 (0,8)
≥6 horas	1 (0,8)
Tipo de actividad física realiza, <i>n</i> (%)	
No realiza	35 (29,2)
Correr en cinta	10 (8,3)
Musculación	31 (25,8)
Trekking	6 (5)
Caminar	19 (15,8)
Natación	5 (4,2)
Tenis	1 (0,8)
Fútbol	6 (5)
Baile	2 (1,7)
Voleibol	3 (2,5)
Montar en bicicleta	2 (1,7)

Tabla 2. Características sobre la actividad física.

Abreviaturas: *n*: Tamaño de la muestra; OMS: Organización Mundial de la Salud.

CARACTERÍSTICAS CONDICIÓN FÍSICA AUTOPERCIBIDA

Condición física general, <i>n</i> (%)	
Muy mala	4 (3,3)
Mala	15 (12,5)
Aceptable	63 (52,5)
Buena	30 (25)
Muy buena	8 (6,7)
Condición física cardiorrespiratoria, <i>n</i> (%)	
Muy mala	5 (4,2)
Mala	35 (29,2)
Aceptable	40 (33,3)
Buena	32 (26,7)
Muy buena	8 (6,7)
Fuerza muscular, <i>n</i> (%)	
Muy mala	2 (1,7)
Mala	18 (15)
Aceptable	54 (45)
Buena	40 (33,3)
Muy buena	6 (5,0)
Velocidad/Agilidad, <i>n</i> (%)	
Muy mala	2 (1,7)
Mala	20 (16,7)
Aceptable	46 (38,3)
Buena	38 (31,7)
Muy buena	14 (11,7)
Flexibilidad, <i>n</i> (%)	
Muy mala	10 (8,3)
Mala	32 (26,7)
Aceptable	36 (30)
Buena	33 (27,5)
Muy buena	9 (7,5)

Tabla 3. Características sobre la condición física autopercebida.

Abreviaturas: *n*: Tamaño de la muestra.

6.1 Objetivo específico 1: Resultados en función del grado educativo y la especialidad de FP cursada

Por un lado, el análisis no reveló diferencias significativas entre los tres grupos en cuanto al cumplimiento de las recomendaciones de la OMS sobre la AF semanal ($P = ,560$). Aunque sí cabe destacar cómo era el alumnado de FP Superior de sanidad, el que más cumplía las recomendaciones de AF (59,4%), mientras que el alumnado que menos cumplía, era el de FP Superior no sanitaria (52,9%). Los resultados se muestran en la Tabla 4.

VARIABLE	GRADO EDUCATIVO Y ESPECIALIDAD FORMATIVA QUE CURSA ACTUALMENTE			P
	G.M SANITARIO (n = 39)	G.S SANITARIO (n = 64)	G.S NO SANITARIO (n = 17)	
Cumple las recomendaciones de la OMS, n (%)				,564
Sí	20 (51,3)	38 (59,4)	8 (47,1)	
No	19 (48,7)	26 (40,6)	9 (52,9)	

Tabla 4. Diferencias entre los grupos para el cumplimiento de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre actividad física semanal.

$P < ,05^*$

NOTA: El valor P para las diferencias entre los grupos fue calculado mediante la Prueba de X^2 .
Abreviaturas: n: Tamaño de la muestra; OMS: Organización Mundial de la Salud; G.M: Grado Medio; G.S: Grado Superior.

Por otro lado, los resultados tampoco mostraron diferencias significativas entre los tres grupos para la condición física general autopercebida ($P = ,126$). Sin embargo, sí pudo observarse cómo el alumnado de FP Superior de sanidad, a pesar de ser quien más cumplía las recomendaciones de AF, era el que mayoritariamente consideraba que su condición física general autopercebida era muy mala, mala o aceptable (71,9%). Por el contrario, los alumnos de FP Superior no sanitaria fueron quienes (a pesar de ser los que menos cumplían las recomendaciones de AF), mayoritariamente consideraban que su condición física general autopercebida era buena o muy buena (52,9%). Los resultados se muestran en la Tabla 5.

VARIABLE	GRADO EDUCATIVO Y ESPECIALIDAD FORMATIVA QUE CURSA ACTUALMENTE			P
	G.M SANITARIO (n = 39)	G.S SANITARIO (n = 64)	G.S NO SANITARIO (n = 17)	
Condición física general autopercebida, n (%)				
Muy mala – Mala – Aceptable	28 (71,8)	46 (71,9)	8 (47,1)	,126
Buena – Muy buena	11 (28,2)	18 (28,1)	9 (52,9)	

Tabla 5. Diferencias entre los grupos para la condición física general autopercebida.

P<,05*

NOTA: El valor *P* para las diferencias entre los grupos fue calculado mediante la Prueba de χ^2 .
Abreviaturas: *n*: Tamaño de la muestra; G.M: Grado Medio; G.S: Grado Superior.

En cualquier caso, si se observa de manera conjunta y exclusiva al alumnado de la rama sanitaria, cabe destacar cómo no solo el 48,7% del alumnado de FP de Grado Medio y el 40,6% del alumnado de FP de Grado Superior eran totalmente inactivos, sino que, además, ambos consideraban casi en un 72% su condición física general autopercebida como muy mala, mala o aceptable (ver Tabla 4 y Tabla 5).

A continuación, considerando el grado educativo y la especialidad que se cursaba en la actualidad, el ANOVA encontró diferencias significativas entre los tres grupos para la percepción de la importancia de la AF sobre los siguientes aspectos relacionados con la salud: la salud en general ($F = 10,87$; $P = <,001$), prevenir la obesidad ($F = 6,50$; $P = ,002$), prevenir la diabetes ($F = 5,78$; $P = ,004$), prevenir el riesgo de cáncer ($F = 6,95$; $P = ,001$), tratar enfermedades del corazón ($F = 7,40$; $P = ,001$) y prevenir la depresión ($F = 4,71$; $P = ,011$). Aunque no se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos en ninguno de los siguientes aspectos: tratar las secuelas del cáncer, prevenir el Alzheimer y otras demencias y tratar el insomnio, sí pudo observarse cómo la media seguía siendo superior en el caso del alumnado de FP Superior de sanidad.

Aún así, fue necesario realizar comparaciones múltiples mediante la prueba de Bonferroni por ajuste, para así determinar entre qué grupos existían dichas diferencias significativas. En este sentido, el alumnado que cursaba FP Superior de sanidad tenía de manera significativa una mayor percepción de la importancia de la AF que el alumnado de FP Medio de sanidad y el alumnado de FP Superior no sanitaria, sobre la salud en general ($P = ,000$) y ($P = ,029$), prevenir la obesidad ($P = ,007$) y ($P = ,027$), prevenir la diabetes ($P = ,012$) y ($P = ,046$), prevenir el riesgo de cáncer ($P = ,005$) y ($P = ,026$) y tratar enfermedades del corazón ($P = ,005$) ($P = ,012$) respectivamente. Los resultados se muestran en la Figura 1. De forma similar, se observó que el alumnado de FP Superior de sanidad tenía de manera significativa una mayor percepción de la importancia de la AF para prevenir la depresión, en comparación con aquellos que cursaban FP de Grado Superior no sanitario ($P = ,012$). Sin embargo, no hubo

diferencias significativas a este respecto entre el alumnado de FP Superior y Medio de sanidad (ver Figura 1).

Finalmente, y sin haber considerado en este caso al alumnado de FP Superior de sanidad, pudo observarse de manera no significativa cómo el alumnado de FP Medio sanitario tenía una menor percepción de la importancia de la AF que el alumnado de FP Superior no sanitario, sobre la salud en general y tratar las secuelas del cáncer (ver Figura 1).

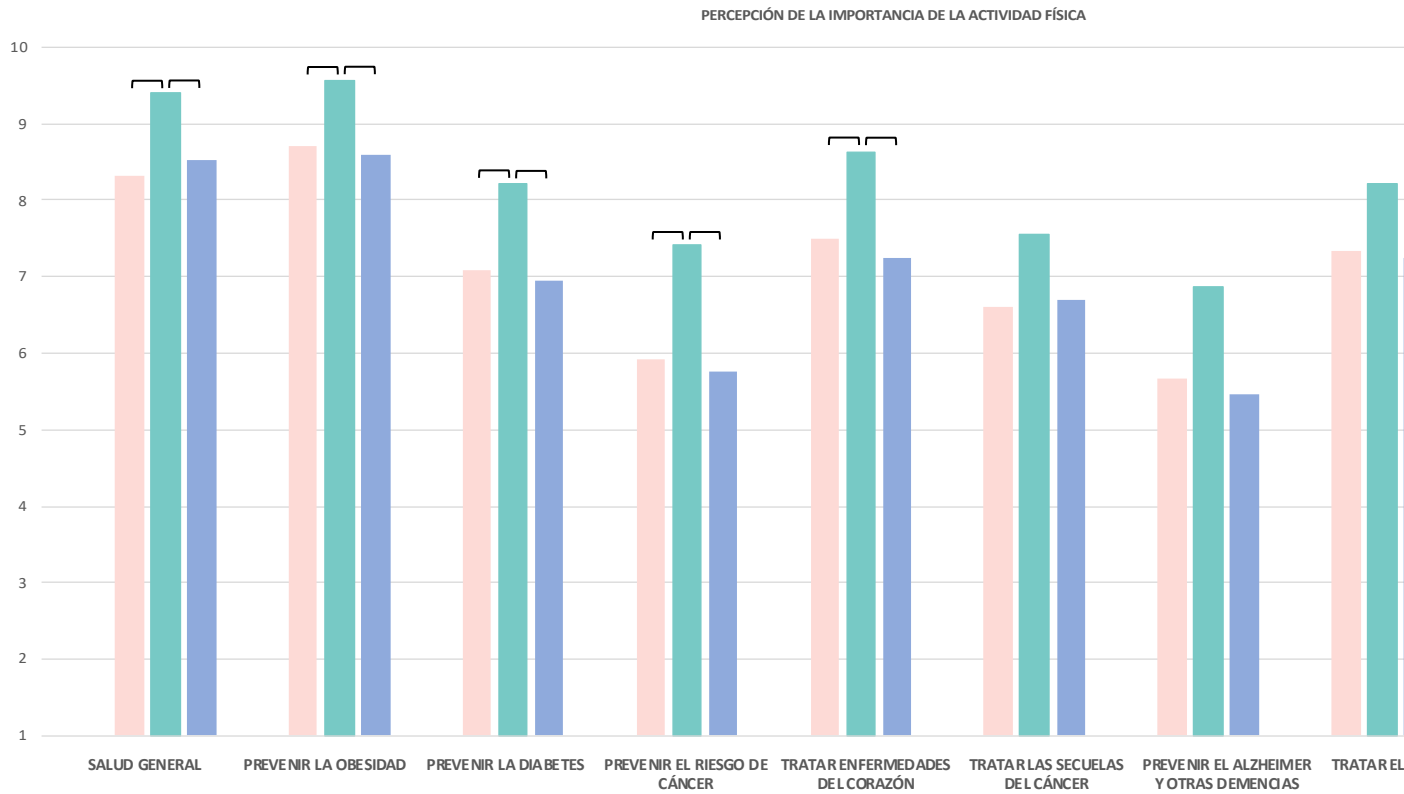


Figura 1. Diferencias entre los grupos para la percepción de la importancia de la actividad física sobre diferentes

P<,05* / P<,001**

Cálculos basados en el análisis de varianza (ANOVA), comparaciones múltiples mediante el ajuste de Bonferroni y 95% de intervalo de confianza.

Abreviaturas: G.M: Grado Medio; G.S: Grado Superior.

6.2 Objetivo específico 2: Resultados en función del sexo

Por un lado, y en relación a las diferencias entre los hombres y las mujeres de FP Superior de la rama sanitaria, el análisis no reveló diferencias significativas entre los dos grupos ($P = ,064$) para el cumplimiento de las recomendaciones de la OMS sobre la AF semanal. A pesar de no existir diferencias significativas, pudo observarse cómo eran los hombres de FP Superior de sanidad los que más cumplían las recomendaciones de AF (76,2%), en comparación con las mujeres (51,2%). Los resultados se muestran en la Tabla 6.

VARIABLE	SEXO DEL ALUMNADO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE GRADO SUPERIOR SANITARIO		P
	HOMBRE (n = 21)	MUJER (n = 43)	
Cumple las recomendaciones de la OMS, n (%)			,064
Sí	16 (76,2)	22 (51,2)	
No	5 (23,8)	21 (48,8)	

Tabla 6. Diferencias entre los grupos para el cumplimiento de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre actividad física semanal.

$P < ,05^*$

NOTA: El valor P para las diferencias entre los grupos fue calculado mediante la Prueba exacta de Fisher.
Abreviaturas: n : Tamaño de la muestra; OMS: Organización Mundial de la Salud.

Por otro lado, los resultados del análisis sí mostraron diferencias significativas entre los dos grupos para la condición física general autopercebida ($P = ,000$). En este sentido, las mujeres de FP Superior de sanidad consideraban en más de un 50% respecto a los hombres, que su condición física general autopercebida era muy mala, mala o aceptable (ver Tabla 7).

VARIABLE	SEXO DEL ALUMNADO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE GRADO SUPERIOR SANITARIO		P
	HOMBRE (n = 21)	MUJER (n = 43)	
Condición física general autopercebida, n (%)			
Muy mala – Mala – Aceptable	8 (38,1)	38 (88,4)	,000
Buena – Muy buena	13 (61,9)	5 (11,6)	

Tabla 7. Diferencias entre los grupos para la condición física general autopercebida.

P<,05* / **P<,001****
NOTA: El valor *P* para las diferencias entre los grupos fue calculado mediante la Prueba exacta de Fisher.
Abreviaturas: *n*: Tamaño de la muestra.

Finalmente, considerando el sexo del alumnado de FP Superior de la rama sanitaria, el ANOVA no encontró diferencias significativas entre los dos grupos para la percepción de la importancia de la AF sobre ninguno de los aspectos relacionados con la salud (*F* entre ,039 y 6,64; *P* entre ,275 y ,924). No obstante, sí pudo observarse cómo la media era sensiblemente mayor en los hombres sobre la percepción de la importancia de la AF para prevenir la obesidad, prevenir el riesgo de cáncer, prevenir enfermedades del corazón y prevenir la depresión, mientras que en las mujeres era perceptiblemente mayor para la salud en general, prevenir la diabetes, prevenir el Alzheimer y otras demencias y prevenir el insomnio (ver Figura 2).

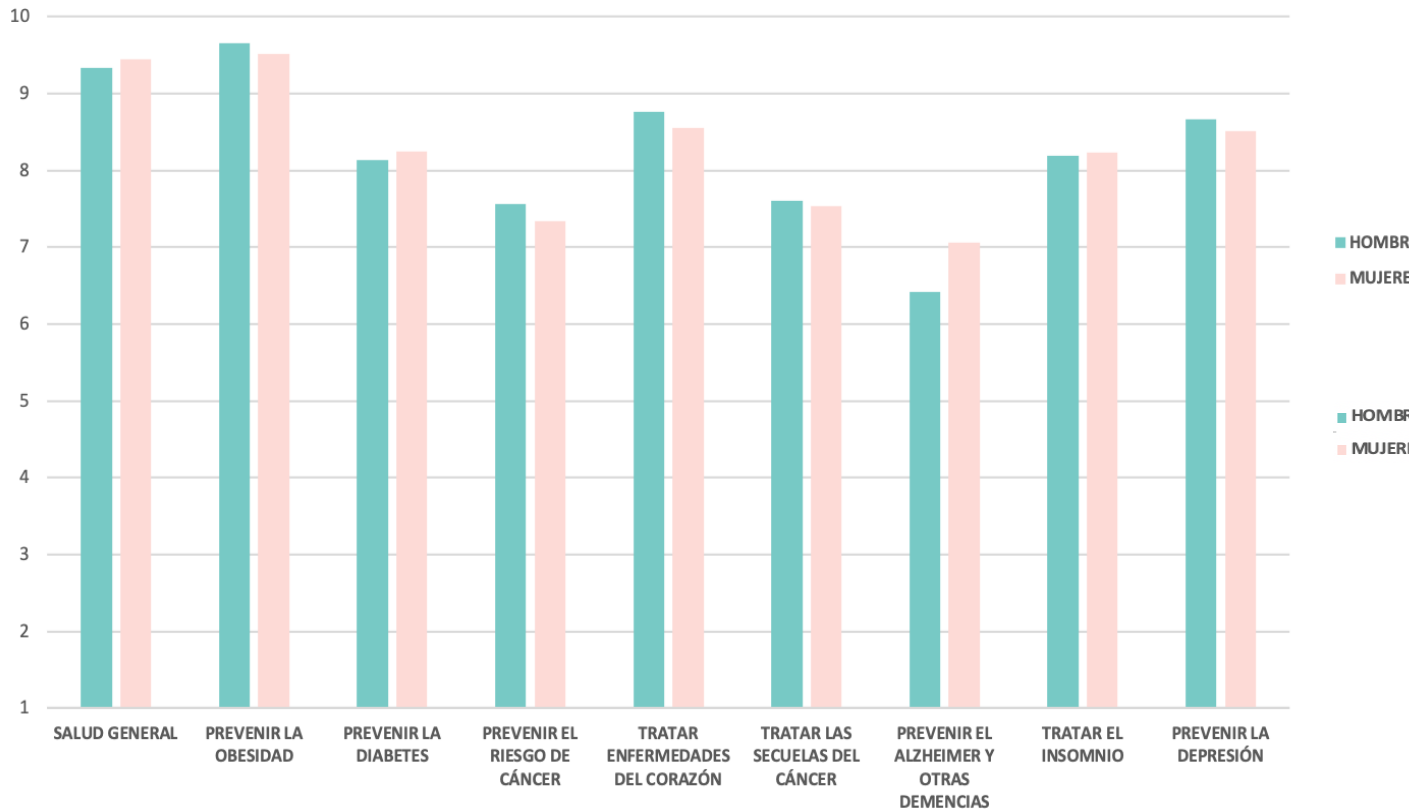


Figura 2. Diferencias entre los grupos para la percepción de la importancia de la actividad física sobre diferentes

$P < .05^*$

Cálculos basados en el análisis de varianza (ANOVA) y 95% de intervalo de confianza.

Abreviaturas: F.P: Formación Profesional.

En relación a las diferencias observadas entre alumnos varones que se encuentran cursando FP Superior de la rama sanitaria, en comparación con aquellos que cursan FP Superior de una especialidad no sanitaria, el análisis reveló diferencias entre los dos grupos en cuanto al cumplimiento de las recomendaciones de la OMS sobre la AF semanal, aunque no llegaron a alcanzar la significancia estadística ($P = ,091$). En este sentido, pudo observarse cómo eran los hombres de FP Superior de sanidad los que más cumplían las recomendaciones de AF (77,3%), en comparación con los hombres de FP Superior no sanitaria (47,1%). Los resultados se muestran en la Tabla 8.

VARIABLE	HOMBRES DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE GRADO SUPERIOR		P
	SANITARIO (n = 22)	NO SANITARIO (n = 17)	
Cumple las recomendaciones de la OMS, n (%)			
Sí	17 (77,3)	8 (47,1)	,091
No	5 (22,7)	9 (52,9)	

Tabla 8. Diferencias entre los grupos para el cumplimiento de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre actividad física semanal.

$P < ,05^*$

NOTA: El valor P para las diferencias entre los grupos fue calculado mediante la Prueba exacta de Fisher.
Abreviaturas: n : Tamaño de la muestra; OMS: Organización Mundial de la Salud.

Los resultados del análisis tampoco mostraron diferencias significativas entre los dos grupos de alumnos varones para la condición física general autopercebida ($P = ,531$). Sin embargo, pudo observarse cómo a pesar de que los hombres de FP Superior no sanitaria eran los que menos seguían las recomendaciones de la OMS sobre AF, más del 50% seguía considerando que su condición física general autopercebida era buena o muy buena (ver Tabla 9).

VARIABLE	HOMBRES DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE GRADO SUPERIOR		P
	SANITARIO (n = 22)	NO SANITARIO (n = 17)	
Condición física general autopercebida, n (%)			
Muy mala – Mala – Aceptable	8 (36,4)	8 (47,1)	,531
Buena – Muy buena	14 (63,6)	9 (52,9)	

Tabla 9. Diferencias entre los grupos para la condición física general autopercebida.

P<,05*

NOTA: El valor *P* para las diferencias entre los grupos fue calculado mediante la Prueba exacta de Fisher.
Abreviaturas: *n*: Tamaño de la muestra.

Por último, considerando a los hombres que cursaban FP Superior sanitaria y no sanitaria, la prueba U de Mann-Whitney encontró diferencias significativas entre los dos grupos para la percepción de la importancia de la AF sobre los siguientes aspectos relacionados con la salud: la salud general ($U = 97,50$; $P = ,012$), prevenir la obesidad ($U = 84,50$; $P = ,002$), prevenir la diabetes ($U = 101,50$; $P = ,021$), prevenir el riesgo de cáncer ($U = 82,01$; $P = ,004$), tratar enfermedades del corazón ($U = 87,01$; $P = ,006$), tratar las secuelas del cáncer ($U = 104,01$; $P = ,025$) y prevenir la depresión ($U = 93,50$; $P = ,010$). Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos para prevenir el Alzheimer y otras demencias ($P = ,207$) y tratar el insomnio ($P = ,082$), aunque para ambos aspectos las medias fueron superiores en los hombres de FP Superior de sanidad (ver Figura 3).

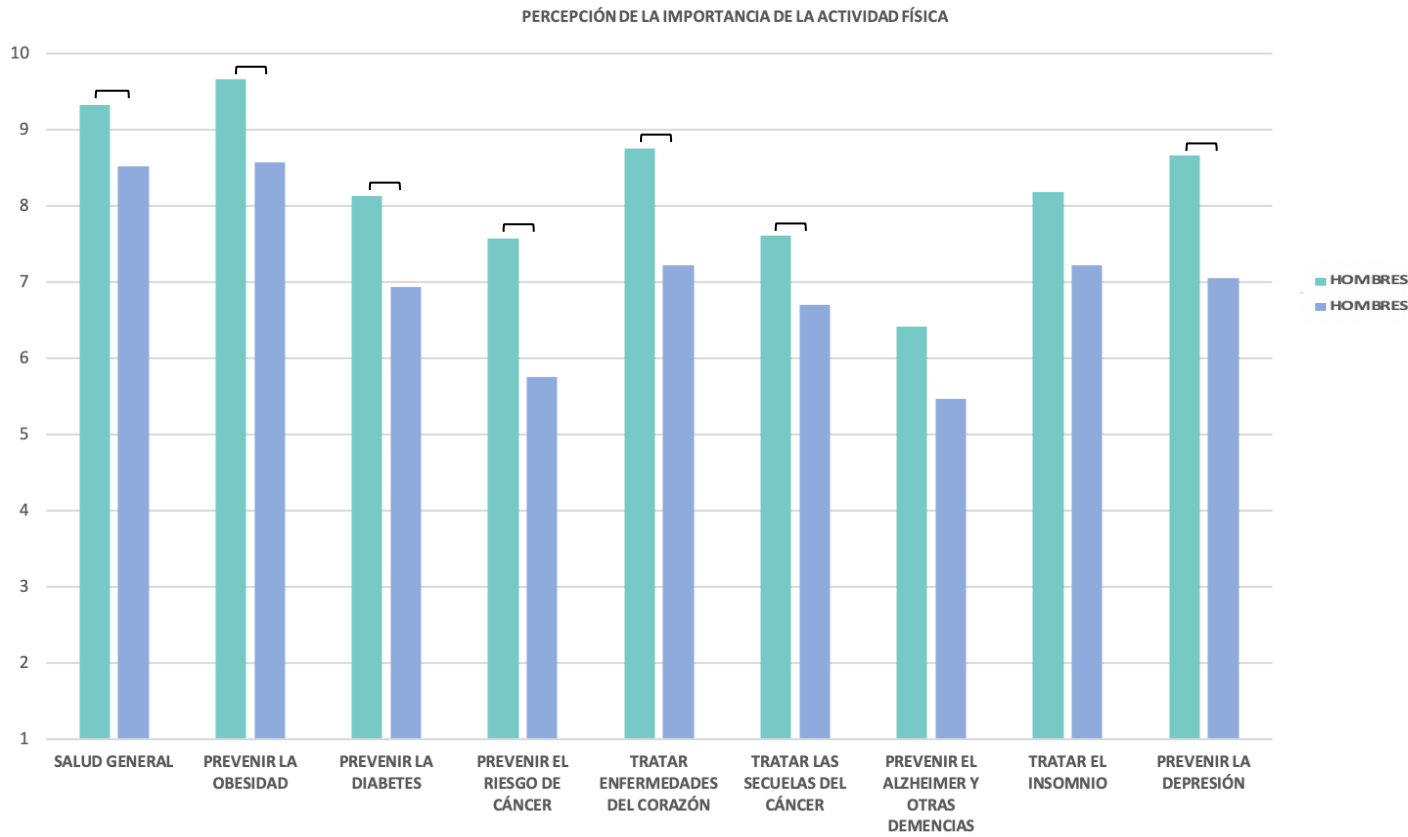


Figura 3. Diferencias entre los grupos para la percepción de la importancia de la actividad física sobre diferentes

P<.05*

Cálculos basados en la Prueba U de Mann-Whitney y 95% de intervalo de confianza.

Abreviaturas: F.P: Formación Profesional.

7. DISCUSIÓN

Los resultados de este trabajo de investigación indican: 1) de manera general, que más del 93% de los 120 encuestados no conoce ninguna de las recomendaciones de la OMS sobre AF semanal, el 29,2% es totalmente inactivo y entre un 15,8% y un 35% autopercibe todos los aspectos relacionados con su condición física como muy mal o mal; 2) específicamente, más del 40% de todo el alumnado de FP de la rama sanitaria no cumple las recomendaciones mínimas de la OMS sobre AF semanal y casi el 72% consideran su condición física general autopercebida como muy mala, mala o aceptable. En cambio, los alumnos de FP Superior no sanitaria son quienes (a pesar de ser los que menos cumplen las recomendaciones de AF), mayoritariamente consideran que su condición física general autopercebida es buena o muy buena (52,9%). Además, aunque el alumnado de FP Superior de sanidad tiene una mayor percepción de la importancia de la AF sobre diferentes aspectos relacionados con la salud en comparación con el alumnado de FP de Grado Medio sanitario y Superior no sanitario, el alumnado de Grado Medio de sanidad otorga una menor importancia a la AF sobre la salud en general y tratar las secuelas del cáncer, que el alumnado de FP Superior no sanitaria; 3) en concreto, las diferencias en función del sexo revelan que el 23,8% de los hombres y el 48,8% de las mujeres de FP Superior de sanidad no cumple las recomendaciones mínimas de la OMS sobre AF semanal. Además, las mujeres consideran en más de un 50% respecto a los hombres, que su condición física general autopercebida es muy mala, mala o aceptable. Por otro lado, las diferencias entre los alumnos varones muestran que los hombres de FP Superior no afines a la rama sanitaria son los que menos AF practican y los que, en cambio, se autoperciben con mejor condición física. En cambio, los hombres que cursan FP Superior de sanidad tienen una mayor percepción de la importancia de la AF sobre diferentes aspectos relacionados con la salud, en comparación con los hombres de FP Superior no sanitaria.

En primer lugar, es importante destacar que nuestros resultados indican que el 70,8% de todo nuestro alumnado de FP realiza AF semanalmente, lo cual es un hecho considerablemente positivo dados los importantes beneficios que tiene la práctica de AF para la salud (Ahn & Fedewa, 2011; Rodríguez-Ayllon, 2019). En este sentido, aunque nuestra tasa de AF es bastante superior a la media andaluza (41,2%) en personas mayores de 15 años (Junta de Andalucía, 2017), y a la media encontrada por otros estudios en población exclusivamente universitaria (46,2%) (Castañeda-Vázquez, Del Carmen Campos-Mesa & Del Castillo-Andrés, 2016) y en población adolescente (48,8%) hasta los 17 años (Mielgo-Ayuso et al., 2017), sigue siendo necesario señalar como casi el 30% de todo nuestro alumnado es totalmente inactivo. Así, esta tasa general de inactividad física observada en todo nuestro alumnado, no solo coincide con la encontrada en alumnado universitario en el estudio llevado a cabo por Barberán-Durán y Roa-Trejos (2016), sino que también es alarmante considerando que las personas que son insuficientemente activas, tienen un riesgo de mortalidad entre un 20-30% mayor en comparación con aquellas personas que son físicamente activas (OMS, 23 de febrero de 2018).

Por otro lado, es necesario destacar que, aunque nuestra tasa de AF es más elevada en comparación con investigaciones previas, entre un 15,8 y un 35% de todo nuestro alumnado considera su condición física general autopercebida como muy mala o mala. Creemos que esto podría ser debido a que, a pesar de que se sabe que un mayor

hábito de AF se relaciona con una mayor autopercepción de la condición física (Rosa-Guillamón et al., 2018), el 68,3% de todo nuestro alumnado considera que no realiza suficiente AF semanalmente. Lo que podría estar influyendo en su condición física autopercebida.

Sin embargo, los datos aportados por la mayoría de investigaciones incluyendo los mencionados anteriormente, han sido llevados a cabo en alumnado de Educación Primaria, E.S.O o Grados Universitarios (Barberán & Durán, 2016; Castañeda-Vázquez et al., 2016; Rosa-Guillamón et al., 2018; Mielgo-Ayuso et al., 2017), siendo, al parecer, en los Grados Universitarios en los únicos estudios en los que se ha tenido en cuenta un análisis entre diferentes especialidades educativas. Por tanto, hasta donde sabemos, esta es una de las pocas investigaciones que explora la práctica de AF, la condición física autopercebida y la percepción de la importancia de la AF para diferentes aspectos relacionados con la salud en alumnado de diversas especialidades de FP de Grado Medio y Superior. Lo que resalta la necesidad de replantear o poner en marcha nuevas iniciativas que sigan fomentando un hábito de AF, ya que esto podría ayudar no solo a mejorar la autopercepción de la condición física, sino también a aumentar la comprensión de los beneficios derivados de la práctica de AF sobre la salud en el alumnado de FP.

A continuación, considerando que nuestro primer objetivo específico fue el de analizar si existían diferencias en la AF realizada, la condición física autopercebida y la percepción de la importancia de la AF para diferentes aspectos relacionados con la salud en función del grado educativo y la especialidad de FP que se cursaba en la actualidad, nuestros resultados muestran, aunque de manera no significativa, cómo más del 40% del alumnado de FP de la rama sanitaria no cumple con las recomendaciones mínimas de la OMS sobre AF semanal y cómo casi el 72% consideran su condición física general autopercebida como muy mala, mala o aceptable. En cambio, estos resultados difieren de lo encontrado en el estudio llevado a cabo por Barberán & Durán (2016), en el que sí observaron como el alumnado universitario que pertenecía a la rama sanitaria, realizaba significativamente más AF que el alumnado de humanidades, ingeniería o ciencias sociales. No obstante, consideramos que esta diferencia podría a ser debida, entre otras razones, al número de participantes, ya que contaron con una muestra de 6411 estudiantes universitarios.

Respecto a la condición física autopercebida, y de forma no significativa, los alumnos de FP Superior no sanitaria son quienes (a pesar de ser los que menos cumplen las recomendaciones de AF), mayoritariamente consideran que su condición física general autopercebida es buena o muy buena (52,9%). Posiblemente, el hecho de que este tipo de alumnado tenga menos posibilidad de recibir en sus contenidos aspectos relacionados sobre los beneficios de la práctica de AF para la salud, puede hacer que sobreestimen la autopercepción de su condición física y no den tanta importancia al sedentarismo como un factor de riesgo para la salud.

Por otro lado, nuestros resultados permiten observar, de manera significativa, cómo el alumnado de FP Superior de sanidad tiene una mayor percepción de la importancia la AF sobre numerosos aspectos relacionados con la salud como, por ejemplo: la salud general, prevenir la obesidad, prevenir la diabetes, prevenir el riesgo de cáncer o tratar enfermedades del corazón. Dichas deferencias son notorias si se comparan con el alumnado de FP de Grado Medio sanitario, pero son aún mucho más destacables si se comparan con el alumnado de FP de Grado Superior no sanitario. Una

posible razón para este hecho podría ser la que encontraron en un estudio realizado con 19,298 estudiantes universitarios de 23 países, y es que existe una asociación positiva entre la práctica de AF y mayores creencias sobre los beneficios de la misma para la salud (Haase, Steptoe, Sallis & Wardle, 2004). Este hecho parece estar en consonancia con nuestros resultados, si tenemos en cuenta que el alumnado que tiene una mayor percepción de la importancia de la AF sobre la salud es aquel que más cumple las recomendaciones de AF semanal o viceversa.

Finalmente, es necesario destacar cómo el alumnado de FP de Grado Medio sanitario otorga, aunque de manera no significativa, una menor importancia a la AF sobre la salud en general y tratar las secuelas del cáncer, que el alumnado de FP de Grado Superior no sanitario. Considerando que la práctica regular de AF previene la aparición de diversas enfermedades y ayuda a paliar las secuelas de varios tipos de cáncer (Lavorgna, Montorsi & Salonia, 2018; OMS, 4 de junio de 2018), este hecho refleja, por tanto, dos aspectos muy relevantes. Por un lado, que los esfuerzos para fomentar no solo un hábito de AF, sino también para concienciar sobre la importancia de esta, deberían ser unánimes entre los diferentes grados y especialidades formativas. Por otro lado, que el alumnado de FP de la rama sanitaria, a pesar de que va a ser futuro responsable en la prevención y promoción de la salud de las personas, parece no conocer el verdadero alcance de los beneficios que tiene la práctica regular de AF sobre la salud.

Nuestro segundo objetivo específico trató de clarificar si existían diferencias, en función del sexo, en la AF realizada, la condición física autopercebida y la percepción de la importancia de la AF para diferentes aspectos relacionados con la salud entre el alumnado de FP Superior de sanidad. En este sentido, esperábamos encontrar diferencias significativas en la práctica de AF realizada semanalmente entre hombres y mujeres. Ya que, en contraposición con nuestro hallazgo, la brecha en función del sexo sobre la realización de AF ha sido previamente señalada por la OMS y otras investigaciones (Ministerio de Cultura y Deporte-Gobierno de España, 2015; Castañeda-Vázquez et al., 2016; OMS, 23 de febrero de 2018). Aun así, en nuestros resultados puede observarse que el 23,8% de los hombres y el 48,8% de las mujeres no llega a cumplir las recomendaciones mínimas de AF. Este hecho refleja, por tanto, que los hombres cumplen un 25% más las recomendaciones de AF en comparación con las mujeres. Esta desigualdad coincide con las diferencias observadas en otros estudios previos (20-24,5%) (Ministerio de Cultura y Deporte-Gobierno de España, 2015; Castañeda-Vázquez et al., 2016). No obstante, y de manera significativa, nuestros resultados señalan que las mujeres consideran en más de un 50% respecto a los hombres, que su condición física general autopercebida es muy mala, mala o aceptable. Esto coincide con lo mencionado por Castañeda-Vázquez et al., (2016) en sus resultados, aunque en ellos dicha diferencia solo alcanzó el 7,7%.

Finalmente, nuestros resultados no reflejaron diferencias significativas entre hombres y mujeres de FP Superior sanitaria para la percepción de la importancia de la AF sobre diferentes aspectos relacionados con la salud. Aun así, este hecho no debería saltar por alto las aparentes diferencias que existen en función del sexo, y que han sido mencionadas anteriormente no solo en nuestros resultados, sino también en investigaciones previas. Por tanto, mantener un hábito de AF a lo largo del tiempo, debería ser considerado un pilar fundamental para evitar un deterioro físico y psicológico de salud de cualquier individuo.

En cuanto a diferencias entre los varones de FP Superior sanitaria y no sanitaria, nuestros resultados no muestran diferencias significativas para el cumplimiento de las recomendaciones mínimas de AF ni para la condición física general autopercebida. No obstante, puede observarse cómo los hombres de FP Superior no afines a la rama sanitaria son los que menos AF practican y los que, en cambio, se autoperciben mayoritariamente con una condición física buena o muy buena. Tal y como se ha especulado anteriormente, creemos que una posible explicación podría residir en que este alumnado tiene menos probabilidad de recibir información de carácter sanitario en sus contenidos educativos y, por tanto, el camino para alcanzar una condición física como aceptable, buena o muy buena sea muy inferior al considerado por los alumnos de FP Superior de sanidad.

Por último, tal y como esperábamos, nuestros resultados confirman diferencias significativas entre los hombres de FP Superior sanitaria y no sanitaria para la percepción de la importancia de la AF sobre todos los aspectos relacionados con la salud, excepto para prevenir el Alzheimer y otras demencias y tratar el insomnio. Estas diferencias podrían tener su origen, tal y como se ha señalado, en el hecho de que el alumnado que menos importancia da a la AF, sea el que menos AF realiza y cuyos contenidos educativos están más alejados de la rama sanitaria. Por todo ello, las intervenciones que se llevasen a cabo deberían implementarse en cualquier grado y especialidad formativa, pero sin olvidar que el alumnado más vulnerable, parecer ser aquel cuya especialidad formativa no está relacionada con el ámbito sanitario.

8. LIMITACIONES Y FORTALEZAS

A continuación, se enumeran las limitaciones más destacadas de este trabajo de investigación: 1) La imposibilidad de haber encuestado a un mayor número de alumnos; 2) La utilización de variables más objetivas podría haber reforzado los resultados y 3) La utilización de otros puntos de corte podría haber modificado los resultados. Por otro lado, las fortalezas más destacadas de este trabajo de investigación son: 1) Abarca una muestra amplia y diversa, evidenciando cómo el alumnado más vulnerable, es aquel cuya especialidad no está relacionada con el ámbito sanitario; 2) Mejora el entendimiento sobre la importancia de fomentar un hábito de AF mantenido y saludable; 3) Utiliza una batería de preguntas similares a las usadas en *varios sistemas de vigilancia de factores de riesgo conductuales, como el método progresivo STEPS para un enfoque gradual en la vigilancia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles* y *CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No Transmisibles)*; 4) Utiliza una escala sobre la condición física autopercebida que ha sido previamente validada y 5) Considera los criterios estipulados por la OMS para establecer un punto de corte sobre el cumplimiento de las recomendaciones de AF.

9. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN Y RECOMENDACIONES

A continuación, se enumeran futuras líneas de investigación o recomendaciones derivadas a partir de este trabajo de investigación: 1) Abarcar una muestra más amplia no solo a nivel de FP de Grado Medio y Superior sanitaria y no sanitaria, sino también a nivel de la E.S.O, Bachillerato y Grados Universitarios, para así poder observar las posibles diferencias a lo largo de toda la etapa educativa; 2) Considerar como parte de la muestra al profesorado y/o familiares (ej. Padres, madres, hermanos y hermanas) ya que podría aportar información muy valiosa; 3) Utilizar herramientas más objetivas durante las evaluaciones y 4) Implementar, en la manera de lo posible y dentro de los contenidos de determinados módulos o asignaturas, actividades o estrategias que fomenten un hábito de AF mantenido, saludable y que deje huella no solo sobre los beneficios que este conlleva, sino también de las tan importantes y alarmantes consecuencias que tiene el sedentarismo para la salud.

10. CONCLUSIONES

10.1 Conclusiones específicas

- 1) De manera general, más del 93% de los 120 encuestados no conoce ninguna de las recomendaciones de la OMS sobre AF semanal, el 29,2% es totalmente inactivo y entre un 15,8% y un 35% autopercibe todos los aspectos relacionados con su condición física como muy mal o mal. Por tanto, esto resalta la necesidad de replantear o poner en marcha nuevas iniciativas que sigan fomentando un hábito de AF, ya que podría ayudar no solo a mejorar la autopercepción de la condición física, sino también a aumentar la comprensión de los beneficios derivados de la práctica de AF sobre la salud en el alumnado de FP.
- 2) Específicamente, más del 40% de todo el alumnado de FP de la rama sanitaria no cumple las recomendaciones mínimas de la OMS sobre AF semanal y casi el 72% consideran su condición física general autopercebida como muy mala, mala o aceptable. En cambio, los alumnos de FP Superior no sanitaria son quienes (a pesar de ser los que menos cumplen las recomendaciones de AF), mayoritariamente consideran que su condición física general autopercebida es buena o muy buena (52,9%). Además, aunque el alumnado de FP Superior de sanidad tiene una mayor percepción de la importancia de la AF sobre diferentes aspectos relacionados con la salud en comparación con el alumnado de FP de Grado Medio sanitario y Superior no sanitario, el alumnado de Grado Medio de sanidad otorga una menor importancia a la AF sobre la salud en general y tratar las secuelas del cáncer, que el alumnado de FP Superior no sanitaria. De este modo, los esfuerzos para fomentar no solo un hábito de AF, sino también para concienciar sobre la importancia de esta, deberían ser unánimes entre los diferentes grados y especialidades formativas y no dar por sentado que el alumnado de la rama sanitaria conoce el verdadero alcance de los beneficios que tiene la práctica regular de AF sobre la salud.

- 3) En concreto, las diferencias en función del sexo revelan que el 23,8% de los hombres y el 48,8% de las mujeres de FP Superior de sanidad no cumple las recomendaciones mínimas de la OMS sobre AF semanal. Además, las mujeres consideran en más de un 50% respecto a los hombres, que su condición física general autopercebida es muy mala, mala o aceptable. Por otro lado, las diferencias entre los alumnos varones muestran que los hombres de FP Superior no afines a la rama sanitaria son los que menos AF practican y los que, en cambio, se autoperciben mayoritariamente con una condición física buena o muy buena. En cambio, los hombres que cursan FP Superior de sanidad tienen una mayor percepción de la AF sobre diferentes aspectos relacionados con la salud, en comparación con los hombres de FP Superior no sanitaria. Por tanto, esto no solo refleja que mantener un hábito de AF a lo largo del tiempo, debería ser considerado un pilar fundamental en la salud de cualquier individuo, sino que, además, el alumnado más vulnerable parece ser aquel cuya especialidad formativa no está relacionada con el ámbito sanitario.

10.2 Conclusión general

La tasa de inactividad física entre el alumnado de FP de Grado Medio y Superior sanitario sigue siendo considerable y repercute en la percepción de su condición física, agravándose esta realidad en las mujeres. Además, aunque el grado y la especialidad formativa pueden influir en la percepción de la importancia de la AF sobre diferentes aspectos relacionados con la salud, parte del alumnado de FP de la rama de sanidad parece no conocer el verdadero alcance de los beneficios que tiene la práctica regular de AF sobre la salud.

11. Agradecimientos

A mi familia, por apoyarme *siempre*.

A Fran, por sus tutorías infinitas para explicarme, aconsejarme y ayudarme a exprimir al máximo todos los datos que han sido plasmados en este trabajo. Volvería a trabajar contigo *infinitamente*.

A María José, por ser *mi alma* gemela en este viaje que estamos haciendo a la vez.

A Nuria, por *siempre*.

A Allende, por ayudarme a informatizar todos los datos y estar *siempre* a mi lado.

A Ale, porque *siempre* me has hecho sentir que todo era más fácil en estos meses tan complicados.

A Néstor, mi tutor de prácticas, por permitir que este trabajo se haya podido realizar en tiempo record.

Y, sobre todo, a aquellos alumnos y alumnas que quisieron participar.

12. Referencias

Ahn, S., & Fedewa, A. L. (2011). A meta-analysis of the relationship between children's physical activity and mental health. *Journal of pediatric psychology, 36*(4), 385-397. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsq107>.

Annesi, J. J. (2010). Relationship of physical activity and weight loss in women with class II and class III obesity: Mediation of exercise-induced changes in tension and depression. *International journal of clinical and health psychology: IJCHP, 10*(3), 435-444. <https://psycnet.apa.org/fulltext/2010-15814-003.pdf>

Barberán Durán, J. C., & Roa Trejos, J. (2016). *Actividad física en universitarios y su relación con autoeficacia y percepción de riesgo*.

Blakemore, S.-J., & Mills, K. L. (2014). Is adolescence a sensitive period for sociocultural processing? *Annual Review of Psychology, 65*(1), 187-207. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115202>

Castañeda Vázquez, C., Campos Mesa, M. D. C., & Del Castillo Andrés, Ó. (2016). Actividad física y percepción de salud de los estudiantes universitarios. *Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, 64*(2), 277. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v64n2.53068>

Chen, J.-J., & Lee, Y. (2013). Physical activity for health: evidence, theory, and practice. *Yebang Uihakhoe Chi [Journal of Preventive Medicine and Public Health], 46 Suppl 1*(Suppl 1), S1-2. <https://doi.org/10.3961/jpmph.2013.46.S.S1>

Comisión Europea. (2018). Eurobarómetro Especial 472 – Deporte y Actividad Física. Recuperado de: https://www.spordiinfo.ee/ebs_472_sum_en-2018.

Español-Moya, M. N., & Ramírez-Vélez, R. (2014). Validación del cuestionario International Fitness Scale (IFIS) en sujetos colombianos de entre 18 y 30 años de edad. *Revista española de salud pública*, 88(2), 271–278. <https://doi.org/10.4321/S1135-57272014000200009>

García-Ferrando, M., & Llopis-Goig, R. (2011). *Ideal democrático y bienestar personal: encuesta sobre los hábitos deportivos en España 2010*. Madrid: Consejo Superior de Deportes, Centro de Investigaciones Sociológicas. Recuperado de: https://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Publicaciones/Materiales/encuesta_habitos_deportivos_2010.pdf

Guillamón, A. R., Cantó, E. G., & López, P. J. C. (2018). Percepción de salud, actividad física y condición física en escolares. *Cuadernos de psicología del deporte*, 18(3), 179–189. <https://revistas.um.es/cpd/article/view/330901>

Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M., & Bull, F. C. (2020). Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1.6 million participants. *The Lancet. Child & Adolescent Health*, 4(1), 23–35. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30323-2](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30323-2)

Haase, A., Steptoe, A., Sallis, J. F., & Wardle, J. (2004). Leisure-time physical activity in university students from 23 countries: associations with health beliefs, risk awareness, and national economic development. *Preventive Medicine*, 39(1), 182–190. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.01.028>

Herman, K. M., Sabiston, C. M., Tremblay, A., & Paradis, G. (2014). Self-rated health in children at risk for obesity: associations of physical activity, sedentary behaviour, and BMI. *Journal of Physical Activity & Health*, 11(3), 543–552. <https://doi.org/10.1123/jpah.2012-0124>

Hernández, Á., Zomeño, M. D., Dégano, I. R., Pérez-Fernández, S., Goday, A., Vila, J., Civeira, F., Moure, R., & Marrugat, J. (2019). Exceso de peso en España: situación actual, proyecciones para 2030 y sobrecoste directo estimado para el Sistema Nacional de Salud. *Revista española de cardiología*, 72(11), 916–924. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.07.009>

Junta de Andalucía. (2017). Hábitos y actitudes de la población andaluza ante el deporte. Recuperado de: http://www.juntadeandalucia.es/turismoydeporte/publicaciones/estadísticas/deporte/habitos_andaluces_2017.pdf.

Lavorgna, G., Montorsi, F., & Salonia, A. (2018). Re: Exercise and cancer treatment: Balancing patient needs. *Lancet Oncol* 2018;19:715: Cancer prevention and treatment: More than exercising. *European Urology*, 74(5), e122–e123. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2018.06.038>

Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre (BOE del 4 de octubre de 1990), de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE). Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/1990/10/04/pdfs/A28927-28942.pdf>.

Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre (BOE del 24 de diciembre de 2002), de Calidad de la Educación (LOCE). Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2002/12/24/pdfs/A45188-45220.pdf>.

Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo (BOE del 4 de mayo de 2006), de Educación (LOE). Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2006/05/04/pdfs/A17158-17207.pdf>.

Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre (BOE del 10 diciembre de 2013), para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE). Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2013/BOE-A-2013-12886-consolidado.pdf>.

Mielgo-Ayuso, J., Aparicio-Ugarriza, R., Castillo, A., Ruiz, E., Avila, J. M., Aranceta-Bartrina, J., Gil, A., Ortega, R. M., Serra-Majem, L., Varela-Moreiras, G., & González-Gross, M. (2017). Sedentary behavior among Spanish children and adolescents: findings from the ANIBES study. *BMC Public Health*, 17(1), 94. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4026-0>

Mills, K. L., Lalonde, F., Clasen, L. S., Giedd, J. N., & Blakemore, S.-J. (2014). Developmental changes in the structure of the social brain in late childhood and adolescence. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9(1), 123–131. <https://doi.org/10.1093/scan/nss113>

Ministerio De Cultura y Deporte – Gobierno de España. (2015). *Encuesta de hábitos deportivos en España*. Recuperado de: <http://www.culturaydeporte.gob.es/servicios-alciudadano/estadisticas/deportes/encuesta-habitos-deportivos-en-espana.html>.

Mota, J., Santos, R. M., Silva, P., Aires, L., Martins, C., & Vale, S. (2012). Associations between self-rated health with cardiorespiratory fitness and obesity status among adolescent girls. *Journal of Physical Activity & Health*, 9(3), 378–381. <https://doi.org/10.1123/jpah.9.3.378>

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Mega Country Health Promotion Network behavioural risk factor surveillance guide*. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67769>.

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud*. Recuperado de: https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/es/.

Organización Mundial de la Salud. (23 de febrero de 2018). *Actividad física*. Recuperado de: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>.

Organización Mundial de la Salud. (4 de junio de 2018). *Plan de acción mundial sobre actividad física*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/detail/04-06-2018-who-launches-global-action-plan-on-physical-activity#>.

Organización Mundial de la Salud. (22 de noviembre de 2019). *Un nuevo estudio dirigido por la OMS dice que la mayoría de los adolescentes en todo el mundo no son lo suficiente activos físicamente, lo que pone en riesgo su salud actual y futura*. Recuperado de: <https://www.who.int/news-room/detail/22-11-2019-new-who-led-study-says-majority-of-adolescents-worldwide-are-not-sufficiently-physically-active-putting-their-current-and-future-health-at-risk>

Owen, N., Salmon, J., Koohsari, M. J., Turrell, G., & Giles-Corti, B. (2014). Sedentary behaviour and health: mapping environmental and social contexts to underpin chronic

disease prevention. *British Journal of Sports Medicine*, 48(3), 174–177. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-093107>

Pontifex, M. B., Raine, L. B., Johnson, C. R., Chaddock, L., Voss, M. W., Cohen, N. J., Kramer, A. F., & Hillman, C. H. (2011). Cardiorespiratory fitness and the flexible modulation of cognitive control in preadolescent children. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 23(6), 1332–1345. <https://doi.org/10.1162/jocn.2010.21528>

Raudino, A., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2013). The quality of parent/child relationships in adolescence is associated with poor adult psychosocial adjustment. *Journal of Adolescence*, 36(2), 331–340. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2012.12.002>

Rodríguez-Ayllon, M., Cadenas-Sánchez, C., Estévez-López, F., Muñoz, N. E., Mora-Gonzalez, J., Migueles, J. H., Molina-García, P., Henriksson, H., Mena-Molina, A., Martínez-Vizcaíno, V., Catena, A., Löf, M., Erickson, K. I., Lubans, D. R., Ortega, F. B., & Esteban-Cornejo, I. (2019). Role of physical activity and sedentary behavior in the mental health of preschoolers, children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Sports Medicine (Auckland, N.Z.)*, 49(9), 1383–1410. <https://doi.org/10.1007/s40279-019-01099-5>

Rodríguez-García, P. L., Gálvez, A., García-Cantó, E., Pérez-Soto, J. J., Rosa, A., Tárraga, L., & Tárraga, P. L. (2015). Relationship between the self-concept and muscular strength in Southern Spanish children. *Journal of Psychology and Psychotherapy*, 5(6), 222. <http://doi.org/10.4172/2161-0487.1000222>.

Rodríguez-León, D. L., & Garzón-Molina, N. M. (2013). Comparación de las intervenciones en actividad física en Brasil y Colombia, desde la promoción de la salud. *Revista Facultad de Medicina*, 61(4), 449–458.

Ruiz, E., & Varela-Moreiras, G. (2017). Adecuación de la ingesta de azúcares totales y añadidos en la dieta española a las recomendaciones: estudio ANIBES. *Nutricion Hospitalaria: Organo Oficial de La Sociedad Espanola de Nutricion Parenteral y Enteral*, 34(Suppl 4), 45–52. <https://doi.org/10.20960/nh.1571>

Stephoe, A., Sanderman, R., & Wardle, J. (1995). Stability and changes in health behaviours in young adults over a one year period. *Psychology & Health*, 10(2), 155–169. <https://doi.org/10.1080/08870449508401945>

Varela Moreiras, G., Ávila, J. M., & Ruiz, E. (2015). Energy balance, a new paradigm and methodological issues: the ANIBES study in Spain. *Nutricion Hospitalaria: Organo Oficial de La Sociedad Espanola de Nutricion Parenteral y Enteral*, 31 Suppl 3, 101–112. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.sup3.8758>

Vedul-Kjelsås, V., Sigmundsson, H., Stensdotter, A.-K., & Haga, M. (2012). The relationship between motor competence, physical fitness and self-perception in children: Motor competence, physical fitness and self-perception. *Child: Care, Health and Development*, 38(3), 394–402. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01275.x>

Wardle, J., & Steptoe, A. (1991). The European Health and Behaviour Survey: rationale, methods and initial results from the United Kingdom. *Social Science & Medicine* (1982), 33(8), 925–936. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90263-c](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90263-c)