



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2017-2018

Trabajo Fin de Máster

**Hábitos de alimentación y de actividad física en una muestra de
estudiantes universitarios: relación con variables psicológicas**

Autor/a: Alicia Hurtado Terrés

Tutor/a: María José Quiles Sebastián

Convocatoria: Febrero 2017

Resumen

El sobrepeso y la obesidad constituyen una de las epidemias de salud pública actuales a nivel mundial tanto por sus proporciones alarmantes como por la comorbilidad asociada. En el presente trabajo se describió el perfil de 309 estudiantes universitarios, y se analizaron las relaciones existentes entre los hábitos alimentarios, la práctica de actividad física y el IMC, con variables psicológicas relacionadas con el sobrepeso y la obesidad como la impulsividad, el comer emocional, la alexitimia y las dificultades de regulación emocional. Los resultados mostraron que el 19.1% presentaba obesidad y sobrepeso, el 80.5% realizaba actividad física moderada o alta, y la mayoría presentaba hábitos de alimentación menos saludables que la norma. Respecto al sexo, los varones presentaron IMC más elevados, mayor alexitimia, impulsividad y dificultades de regulación emocional y mayor práctica de actividad física que las mujeres, mientras que estas obtuvieron puntuaciones más elevadas en comer emocional. En cuanto al IMC, aquellos sujetos con sobrepeso y obesidad presentaron conductas alimentarias más saludables, menor impulsividad y mayor comer emocional que aquellos con normopeso y peso insuficiente. El IMC correlacionó significativamente con los hábitos alimentarios, alexitimia y comer emocional. Esta última lo hizo a su vez con impulsividad, dificultades de regulación emocional y alexitimia. Los hábitos de alimentación correlacionaron significativamente con actividad física, comer emocional, alexitimia y dificultades de regulación emocional.

Palabras clave: obesidad, sobrepeso, hábitos alimentarios, actividad física, impulsividad, regulación emocional, comer emocional, alexitimia.

Abstract

Overweight and obesity are one of the current public health epidemics at the global level by both its alarming proportions and the associate comorbidity. The present study described the profile of 309 undergraduates, and analyzed the relations between eating habits, the practice of physical activity and BMI, with psychological variables related to overweight and obesity such as impulsivity, emotional eating, alexithymia and emotional regulation difficulties. The results showed that 19.1% were obese and overweight, 80.5% practiced moderate to high physical activity, and the majority presented less healthy habits than the standard. In terms of sex, men had higher BMI, impulsivity, alexithymia and emotional regulation difficulties, and greater practice of physical activity than women, while they obtained higher scores in emotional eating. Regarding to BMI, overweight and obese had more healthy eating behaviors, less impulsivity and greater emotional eating than those with normal weight and underweight. BMI was significantly correlated with eating habits, alexithymia and emotional eating. The latter did with impulsivity, emotional regulation difficulties and alexithymia. Eating habits correlated significantly with physical activity, emotional eating, alexithymia and emotional regulation difficulties.

Key words: obesity, overweight, eating habits, physical activity, impulsivity, emotional regulation, emotional eating, alexithymia.

Introducción

El sobrepeso y la obesidad se caracterizan por la acumulación anormal o excesiva de grasa en el organismo que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal (IMC) es actualmente el indicador más utilizado para identificar el grado de sobrepeso y obesidad. La Organización Mundial de la Salud establece valores para el IMC iguales o superiores a 25kg/m^2 para sobrepeso, e iguales o superiores a 30kg/m^2 para obesidad (OMS, 2017).

Si bien el sobrepeso y la obesidad se consideraban enfermedades ligadas a los países de rentas altas, actualmente se ha observado un aumento en países de ingresos medio y bajos. Estamos, por tanto, ante una de las epidemias de salud a la que la sociedad actual debe hacer frente. Según la OMS, en 2014 el 39% de la población adulta mundial presentaba sobrepeso y el 13% obesidad (OMS, 2017). A nivel nacional, el estudio ENPE, encontró prevalencias del 39.3% y 21.6% para sobrepeso y obesidad respectivamente en población de entre 25 y 64 años (Aranceta-Bartrina, Pérez-Rodrigo, Alberdi-Aresti, Ramos-Carrera y Lázaro-Masedo, 2016).

Además de por sus proporciones alarmantes, la obesidad y el sobrepeso constituyen un problema de salud a nivel mundial por la alta comorbilidad con la que van asociadas. La obesidad incrementa la probabilidad de sufrir diabetes, hipertensión, enfermedades coronarias y ciertos tipos de cáncer entre otros (OMS, 2014; Rubio et al., 2007).

La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial fruto de la interacción entre factores genéticos y ambientales (Brantley, Myers y Roy, 2005; Nguyen y El-Serag, 2010; Rubio et al., 2007). Diversos estudios han apuntado a estos segundos como los causantes principales de la actual epidemia mundial de la obesidad. De hecho, el inicio de esta ha coincidido con cambios en los hábitos de vida que promueven la

ingesta excesiva de alimentos calóricos y desalientan la práctica de actividad física. Todo ello provoca un desbalance entre la ingesta y el gasto energético, determinante principal del sobrepeso y la obesidad (Hill y Peters, 1998; Nguyen y El-Serag, 2010; OMS, 2017; Prentice y Jebb, 1995; Serra-Majem y Bautista-Castaño, 2013).

Los patrones de consumo de alimentos en España se han modificado notablemente en los últimos 40 años, difiriendo cada vez más de la dieta mediterránea tradicional y saludable que se considera un factor protector contra enfermedades crónicas como el sobrepeso y la obesidad (Bach-Faig y Serra-Majem, 2013; Beunza et al., 2010; Méndez et al., 2006; Varela-Moreiras, Ruiz, Valero, Ávila y Del Pozo, 2013)).

Estos cambios se han observado sobre todo en la población joven (Bach-Faig y Serra-Majem, 2013), donde diferentes estudios han mostrado que alumnos universitarios de distintas comunidades autónomas presentaban una baja adhesión a la dieta mediterránea (Durá y Castroviejo, 2011; Ortiz-Moncada, Norte, Zaragoza, Fernández y Davó, 2012; Federación Española de Nutrición, 2013). El patrón alimentario se caracterizaba por la ingesta excesiva de carnes, grasas y dulces, y un insuficiente aporte de cereales, legumbres, frutas y verduras entre otros (Rubio et al., 2007; Federación Española de Nutrición, 2013).

Asimismo, se han observado patrones de actividad física insuficientes en gran parte de la población joven. Diversos estudios mostraron prevalencias de entre el 26.25% y el 59.5% para la práctica de actividad física de forma habitual en jóvenes universitarios, siendo estas más elevadas en varones (Cervera, Serrano, Vico, Milla y García, 2013; Federación Española de Nutrición, 2013).

Además de los determinantes genéticos y ambientales de la obesidad, esta también se ha relacionado con diversas variables psicológicas.

La *impulsividad* es uno de los constructos que ha mostrado tener relación con la ingesta excesiva. En este sentido, diversos trabajos han estudiado su relación con el IMC, encontrándose mayores niveles de impulsividad en aquellos sujetos con sobrepeso y obesidad respecto a aquellos que presentaban normopeso (Bénard et al., 2017; Rydén et al., 2003; Terracciano et al., 2009; van den Berg et al., 2011).

A partir de la importancia que parece que juega la impulsividad en el sobrepeso y la obesidad, han sido muchos los autores que se han interesado por conocer los mecanismos subyacentes que podrían estar mediando en dicha asociación. Se teoriza que el aumento de la impulsividad, posiblemente a través de fallos en el control inhibitorio (Jasinska et al., 2012), subyace a la incapacidad de controlar el comportamiento alimentario, siendo este más impulsivo y haciendo que sea más difícil resistir la ingesta de alimentos (Nederkoorn, Braet, Van Eijs, Tanghe y Jansen, 2006). La falta de control inhibitorio y la impulsividad también se han asociado con menores pérdidas de peso en programas de adelgazamiento (Nederkoorn, Braet et al., 2006), mayor consumo de snacks poco saludables (Scholten, Schrijvers, Nederkoorn, Kremers y Rodenburg, 2014), sobreingesta alimentaria (Bénard et al., 2017), mayor tendencia a comer en respuesta a estados emocionales negativos, y con una alimentación menos saludable basada en la elección de alimentos por su sabor y no por sus condiciones nutricionales (Jasinska et al., 2012).

Otro factor relacionado con la obesidad y el sobrepeso es el *comer emocional*, entendido como la tendencia a comer en respuesta a estados emocionales negativos (Jáuregui-Lobera, García-Cruz, Carbonero-Carreño, Magallares y Ruiz-Prieto (2014). Estudios previos han mostrado que dicha tendencia puede contribuir a la ganancia de peso y a la obesidad (Lazarevich, Irigoyen-Camacho, Velázquez-Alva y Salinas-Ávila, 2015; Nolan, Halperin y Geliebter, 2010).

El comer emocional constituye una estrategia de afrontamiento disfuncional en la cual la regulación emocional es sustituida por la conducta de comer (Zysberg y Rubanov, 2010). En un estudio con muestra no clínica, los sujetos declararon comer durante estados emocionales negativos con la intención de distraerse, relajarse y sentirse mejor (Macht y Simons, 2000).

Es bien conocido que el comportamiento alimentario de las personas cambia de distintas formas en función de los cambios que experimentan sus emociones (ansiedad, enfado, tristeza, etc.). A pesar de que esto ocurre de igual manera en sujetos con normopeso y sobrepeso, se ha observado que la influencia de las emociones en el comportamiento alimentario es más intensa en sujetos obesos frente a no obesos y en sujetos que están siguiendo una dieta frente a los que no lo hacen (Canetti, Bachar y Berry, 2002). Geliebter y Aversa (2003), encontraron que los sujetos con sobrepeso comían más cuando experimentan emociones negativas que los sujetos con normopeso o bajo peso. Asimismo, Ramos, González y Silva (2016) mostraron una asociación entre el comer emocional y el IMC, encontrando diferencias significativas entre sujetos con bajo peso, normopeso, sobrepeso y obesidad. No obstante, estas diferencias sólo fueron significativas en mujeres.

Además, el comer emocional se ha relacionado con peores hábitos de alimentación (Ganasegeran et al., 2012), menores pérdidas de peso y el sexo femenino (Sánchez y Pontes, 2012).

A su vez, el comer emocional se ha relacionado con la *alexitimia*. Zijlstra et al. (2011) pusieron de manifiesto la aparición de dificultades en la identificación de sentimientos, uno de los componentes de la alexitimia, en personas con obesidad mórbida respecto al grupo control y establecieron una relación significativa entre dichas dificultades y el comer emocional. Resultados similares obtuvieron Larsen, van Strien,

Eisinga y Engels (2006) en sujetos con obesidad, donde altos niveles de comer emocional correlacionaron positivamente con altos niveles de alexitimia. La alexitimia también se ha relacionado con estilos de vida poco saludables respecto al hábito de fumar o la ingesta de determinados alimentos como embutidos y bollería industrial (Rueda y Pérez-García, 2007).

Cabe comentar un último factor psicológico que también ha mostrado una estrecha relación con la obesidad y el sobrepeso, la *regulación emocional*.

Graziano, Calkins y Keane (2010) en un estudio con población infantil pusieron de manifiesto que las habilidades de autorregulación en la niñez temprana fueron predictivas de la obesidad pediátrica. Específicamente, la regulación emocional fue el principal predictor de cambios en el IMC entre los 2 y los 5 años. De modo que niños con menores habilidades de regulación emocional a los 2 años, presentaban más probabilidad de tener sobrepeso a los 5.

Asimismo, un estudio llevado a cabo con población joven de entre 10 y 16 años, mostró una relación significativa entre el uso de estrategias de regulación emocional desadaptativas y el comer emocional (Vandewalle, Moens, Beyers y Braet, 2016).

En esta misma línea Evers, Stok y Ridder (2010), en una serie de tres estudios con muestra femenina universitaria, encontraron que aquellos sujetos que utilizaban estrategias de regulación emocional desadaptativas como la supresión emocional, presentaban incrementos en la ingesta alimentaria y consumían más alimentos ricos en azúcares e hidratos de carbono que aquellos que expresaban sus emociones espontáneamente. Whiteside et al. (2007), en una muestra de estudiantes universitarios encontraron que, puntuaciones altas en dos de los factores de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS), se relacionaban con una mayor predisposición a sufrir más episodios de atracón o ingesta compulsiva.

Hallazgos similares se han encontrado en población femenina adulta con obesidad mórbida, donde se observaron peores estrategias de regulación emocional, como la supresión de las emociones, respecto al grupo control (Zijlstra et al., 2011).

En referencia a todo lo anterior, se ha observado un incremento notable en los índices de obesidad en estudiantes universitarios, ya que como media, estos pesan hasta 10.8 kilogramos más que en 1960 (Papalia, Fieldman y Matorell, 2012). Esto hace necesario el estudio de los hábitos de alimentación y actividad física durante la *adulthood emergente*, término acuñado por Arnett (2000) para hacer referencia a una nueva etapa del ciclo vital que se sitúa entre la adolescencia tardía y la adultez temprana y que comprende la etapa universitaria. Esta se caracteriza por ser un periodo de inestabilidad y cambios durante el cual se forma la identidad personal y se sientan las bases de la vida adulta. Con estos cambios se deben tomar decisiones importantes y asumir responsabilidades acerca de diversas facetas como la independización, la vida amorosa o laboral o la alimentación (Tirado, 2017). Es por tanto lícito pensar que esta inestabilidad podría estar repercutiendo en los hábitos de alimentación, actividad física y salud en general de los adultos emergentes, volviéndose crucial llevar a cabo investigaciones con esta población que muestren nuevos hallazgos al respecto.

Los objetivos del presente trabajo fueron los siguientes. En primer lugar, describir el perfil de los participantes de nuestra muestra para las variables que componían el estudio (IMC, actividad física, hábitos de alimentación, comer emocional, dificultades de regulación emocional, impulsividad y alexitimia). En segundo lugar, evaluar las diferencias existentes entre ellas en función del sexo y el IMC. Y por último, conocer la relación existente entre las variables anteriores, así como establecer su dirección e intensidad.

Método

Participantes

La muestra estuvo formada por 309 estudiantes pertenecientes a distintos estudios de grado y máster de la Universidad Miguel Hernández y la Universidad CEU Cardenal Herrera. Su distribución puede observarse en la tabla 1. La muestra se reclutó entre los meses de octubre y diciembre de 2017. Participaron 235 mujeres (76.05%) y 74 varones (23.95%), cuyas edades oscilaron entre 17 y 46 años ($M=21.87$, $DT=4.35$).

Tabla 1. Distribución de la muestra según universidad y titulación

	<i>N</i>	%
Universidad Miguel Hernández de Elche		
<i>Psicología</i>	241	77.99
<i>Ciencias de la Actividad Física y del Deporte</i>	20	6.47
<i>Máster en Psicología General Sanitaria</i>	8	2.59
Universidad CEU Cardenal Herrera		
<i>Educación Infantil</i>	30	9.71
<i>Educación Primaria</i>	10	3.24

Variabes e instrumentos

Para la recogida de datos se utilizaron diversos instrumentos de medida, los cuales se detallan a continuación.

Variabes sociodemográficas.

Se elaboró un cuestionario *ad hoc* para recoger la edad, el sexo, los estudios que estaban realizando en la actualidad y el curso.

Medidas antropométricas.

Se evaluó el peso y la altura de manera autoinformada a través de las preguntas “¿Cuánto pesas? (Aproximadamente en kg)” y “¿Cuánto mides? (Aproximadamente en cm)”. Se calculó el IMC para cada uno de los sujetos y se establecieron categorías

según los valores del IMC descritos por la SEEDO: <18.5 (*Peso insuficiente*); 18.5-24.9 (*Normopeso*); 25-29.9 (*Sobrepeso*) y ≥ 30 (*Obesidad*) (Rubio et al., 2007).

Hábitos de alimentación.

Fueron evaluados mediante las escalas *Contenido calórico de la dieta* y *Preocupación por una alimentación saludable* del *Cuestionario para la valoración y cuantificación de los hábitos de vida relacionados con el sobrepeso y la obesidad* (Pardo et al., 2004). Ambas escalas evalúan conductas y actitudes respecto a una alimentación saludable y no saludable, permitiendo así cuantificar las conductas relacionadas con la obesidad. Son 14 ítems con escala de respuesta tipo Likert desde 1 (*Nunca*) hasta 5 (*Siempre*), entendiéndose que a mayor puntuación el sujeto presenta una conducta alimentaria más saludable. El cuestionario mostró adecuados valores de consistencia interna, con índices de $\alpha=.82$ y $\alpha=.76$ para las dos subescalas respectivamente (Pardo et al., 2004).

Actividad física.

Se evaluó mediante la traducción española de la versión corta del *Cuestionario Internacional de Actividad Física* (*International Physical Activity Questionnaire – IPAQ*) (Craig et al., 2003). Esta escala permite calcular el volumen total de actividad física semanal a través de los METs, unidad de medida del test que expresa el requerimiento energético de una actividad; entendiéndose que a más METs, mayor esfuerzo requiere la misma. El test consta de 7 ítems que miden la frecuencia (días/semana) y la duración (minutos/día) de tres tipos de actividad física: vigorosa, moderada y caminar, cada una de las cuales tiene asignado un número de METs (8, 4 y 3.3 respectivamente). Para calcular el total de actividad física semanal (METs-

minutos/semana), se multiplicaron los METs asignados a cada actividad por los días a la semana en los que se había practicado y por los minutos dedicados cada día. Finalmente, se sumaron los METs dedicados a cada tipo de actividad y se categorizó al sujeto en función de su nivel de actividad física: <600 MET-minutos/semana (*Bajo*); 600-2999 MET-minutos/semana (*Moderado*) y ≥ 3000 MET-minutos/semana (*Alto*). Los datos sobre fiabilidad de la versión corta original validada en doce países mostraron que, el 75% de los coeficientes de correlación observados estuvieron por encima de .65, con rangos entre .88 y .32 (Craig et al., 2003).

Impulsividad.

Fue evaluada a través de la escala de *Impulsividad del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (Eating Disorder Inventory 2 – EDI-2)* (Garner, 1991). La versión utilizada fue la adaptación española de Corral, González, Pereña y Seisdedos (1998). Esta escala evalúa la dificultad para regular los impulsos y se compone de 11 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 6 puntos, la cual oscila entre 0 (*Nunca*) y 5 (*Siempre*). Puntuaciones mayores en esta escala evidencian mayor impulsividad. Respecto a la consistencia interna, la escala de impulsividad en su versión original mostró valores de $\alpha=.77$ y $\alpha=.79$ para muestras clínicas y no clínicas respectivamente (Garner, 1991).

Comer emocional.

Para la evaluación de esta variable se utilizó la escala de *Comer emocional del Cuestionario de los tres factores R18 – TFEQ-SP (Three-Factor Eating Questionnaire – TFEQ-R18)* (Karlsson, Persson, Sjöström y Sullivan, 2000). Se compone de 3 ítems con una escala de respuesta tipo Likert que oscila entre 1 (*Completamente cierto*) y 4

(*Completamente falso*). Se establece que a mayores puntuaciones, mayor presencia de comer emocional. Se utilizó la adaptación española de Jáuregui-Lobera et al. (2014), la cual mostró adecuados valores de consistencia interna para el factor *Comer emocional* ($\alpha=.79$).

Alexitimia.

Se evaluó mediante la *Escala de Alexitimia de Toronto (Toronto Alexithymia Scale – TAS-20)* (Bagby, Parker y Taylor, 1994). Esta mide la presencia de dificultades para identificar y describir sentimientos a través de 20 reactivos con escala de respuesta tipo Likert de 6 puntos, otorgando puntuaciones de entre 0 (*Muy en desacuerdo*) y 5 (*Muy de acuerdo*) a cada uno de los ítems, entendiéndose según los baremos de Taylor, Bagby y Parker (1997), que puntuaciones mayores o iguales a 61 evidencian presencia de alexitimia. El cuestionario presenta una estructura tridimensional formada por los factores *Dificultad para identificar sentimientos*, *Dificultad para describir sentimientos* y *Pensamiento orientado a lo externo*. Se utilizó la versión española de Moral y Retamales (2000), con una consistencia interna de $\alpha=.82$.

Dificultades de regulación emocional.

Se utilizó la adaptación española de Hervás y Jódar (2008) de la *Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (Difficulties in Emotion Regulation Scale – DERS)* de Gratz y Roemer (2004). Esta escala evalúa dificultades en la regulación emocional a través de varios componentes: *Descontrol emocional*, *Rechazo emocional*, *Desatención emocional*, *Confusión emocional* e *Interferencia cotidiana*. Consta de 28 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos que oscila entre 1 (*Casi nunca*) y 5 (*Casi siempre*). Mayores puntuaciones se relacionan con mayores

dificultades en la regulación emocional. Esta escala mostró una buena consistencia interna para la escala global ($\alpha=.93$) y valores de entre $\alpha=.73$ y $\alpha=.91$ para las distintas subescalas (Hervás y Jódar, 2008).

Procedimiento

Se solicitó la aprobación de la investigación a la Oficina Evaluadora de Proyectos de la UMH. Tras obtenerla, se pidió consentimiento a profesores de distintas titulaciones para la administración de los cuestionarios en horario académico. Tras todo ello, se procedió a la administración de los cuestionarios que tuvo lugar en las aulas de ambas universidades. En primer lugar, se explicó a los participantes el objetivo de la investigación así como la voluntariedad de su participación, confidencialidad y anonimato de los datos, firmando un consentimiento informado aquellos participantes que finalmente decidieron participar. La administración de los cuestionarios se realizó de forma autoadministrada y los experimentadores estuvieron presentes durante todo el proceso para resolver dudas y atender cualquier incidencia.

Tipo de diseño

Siguiendo la clasificación de metodologías de investigación en psicología de Montero y León (2007), el diseño utilizado para este trabajo puede considerarse descriptivo transversal con un muestreo incidental.

Análisis de los datos

En primer lugar, se realizó una descripción de todas las variables que componían el estudio utilizando la media, desviación típica y porcentajes. Para dar respuesta al segundo objetivo, se analizaron las diferencias en las variables del estudio en función

del sexo y el IMC. Puesto que no se cumplieron los supuestos de normalidad y homocedasticidad para nuestra muestra, se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann Withney. Finalmente, para conocer las relaciones existentes entre las variables, así como su dirección e intensidad, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. Para todo ello se utilizó el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 24.0.

Resultados

Perfil de la muestra y diferencias de medias por sexo e IMC

La media para el *IMC* fue de 22.37 ($DT=3.39$), encontrándose dentro de la categoría de normopeso, en la que se situó la mayor parte de la muestra (71.5%). La distribución del IMC para el total y según sexo se muestra en la tabla 2.

Tabla 2: Distribución del IMC para el total de la muestra y por sexos según las categorías de la SEEDO

	Total		Varones		Mujeres	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Peso insuficiente: <18.5	29	9.4	1	1.4	28	11.9
Normopeso: 18.5-24.9	221	71.5	54	73	167	71.1
Sobrepeso: 25-29.9	47	15.2	17	23	30	12.8
Obesidad: ≥30	12	3.9	2	2.7	10	4.3

Los resultados que se comentan a continuación pueden observarse en la tabla 3.

En cuanto a las diferencias de género, los varones mostraron valores superiores a las mujeres para el IMC, llegando a alcanzar estas diferencias la significación estadística ($U=5811$, $p<.001$). El tamaño del efecto de las mismas, según Cohen (1988), puede considerarse mediano ($d=0.50$).

Si atendemos a los *hábitos de alimentación*, se observó que las puntuaciones para los factores *Contenido calórico de la dieta* y *Preocupación por una alimentación saludable* se encontraban por debajo de la media, situándose entre los deciles 3 y 4, lo cual fue indicativo de que nuestra muestra presentó una conducta alimentaria menos saludable que el grupo normativo.

En lo referente a la práctica de *actividad física*, el 44.3% de sujetos se situó en la categoría de *Actividad física moderada*, mientras que el resto se repartió en las categorías de *Actividad física alta* (36.2%) y *Actividad física baja* (19.5%). En función del sexo la mayoría de mujeres se situó en la categoría de *Actividad física moderada* (51.9%), mientras que la mayor parte de los varones lo hizo en la de *Actividad física alta* (68.9%). En cuanto al volumen semanal de actividad física se encontraron diferencias significativas en función de sexo ($U=5172$, $p<.001$), siendo los varones aquellos que mostraban valores más elevados, con un tamaño del efecto de las diferencias mediano ($d=0.62$).

Fijándonos en la *impulsividad*, se observó que el 22.97% de los varones y el 14.96% de las mujeres se situaron por encima del percentil 50, mientras que tan sólo el 8.11% de varones y el 5.13% de mujeres lo hicieron por encima del percentil 75.

Respecto a la variable *comer emocional*, se observó una puntuación media siete décimas más elevada que la obtenida con estudiantes en la validación española del cuestionario. Se encontraron además diferencias estadísticamente significativas en función del sexo ($U=6477.5$, $p=.002$), siendo las mujeres las que presentaron puntuaciones más elevadas para este factor. Se alcanzó un tamaño del efecto pequeño ($d=0.35$).

En cuanto a la variable *alexitimia*, la puntuación media de la muestra se situó por debajo del punto de corte establecido en los baremos de Taylor et al. (1997), únicamente 6 sujetos, los cuales representaban el 2% de la muestra, lo sobrepasaron. Fijándonos en el sexo, se encontraron diferencias significativas tanto para la puntuación total del TAS-20 ($U=7089$, $p=.021$) como para la variable *Pensamiento orientado a lo externo* ($U=6480$, $p=.001$), donde los varones presentaron puntuaciones más elevadas en ambos

casos. No obstante, los tamaños del efecto para estas diferencias fueron pequeños ($d=0.26$ y $d=0.37$ respectivamente).

Finalmente, la media obtenida para la variable *dificultades de regulación emocional*, se situó cuatro décimas por debajo de la puntuación media obtenida en la validación española del instrumento con población general. Respecto al sexo, los varones presentaron puntuaciones más elevadas tanto para el total como para la mayoría de los factores del DERS, siendo estas diferencias estadísticamente significativas únicamente para el factor *Desatención emocional* ($U=7059$, $p=.018$), con un tamaño del efecto de las diferencias considerado pequeño ($d=0.27$).

Fijándonos en la *impulsividad*, los *hábitos alimentarios*, la puntuación total de *dificultades de regulación emocional*, así como los factores restantes del DERS y del TAS-20, las diferencias no resultaron ser significativas en función del sexo.

Tabla 3: Medias, desviaciones típicas y diferencias de medias para las variables del estudio en función del sexo

	SEXO			U	d
	Total	Varones	Mujeres		
	M (DT)	M (DT)	M (DT)		
IMC	22.37 (3.39)	23.41 (2.59)	22.05 (3.55)	5811***	0.50
Hábitos de alimentación					
<i>Contenido calórico de la dieta</i>	2.27 (0.74)	2.21 (0.72)	2.29 (0.75)	8197.5	0.07
<i>Preocupación por una alimentación saludable</i>	3.48 (0.7)	3.34 (0.67)	3.52 (0.71)	7305.5	0.22
Actividad física (MET-minutos/semana)	2743.73 (2525.34)	3987.61 (2666.67)	2348.68 (2350.25)	5172***	0.62
Impulsividad	2.76 (3.13)	2.85 (3.03)	2.73 (3.17)	8445	0.04
Comer emocional	5.83 (2.45)	5.03 (1.93)	6.08 (2.54)	6477.5**	0.35
Alexitimia	28.46 (14.42)	31.82 (14.29)	27.4 (14.32)	7089*	0.26
<i>Identificar sentimientos</i>	8.59 (7)	9.77 (7.58)	8.22 (6.78)	7624	0.17
<i>Describir sentimientos</i>	9.83 (6.01)	10.5 (5.64)	9.62 (6.12)	7812	0.14
<i>Pensamiento orientado a lo externo</i>	10.04 (4.97)	11.55 (4.8)	9.56 (4.94)	6480**	0.37
Dificultades de regulación emocional	58 (18.18)	60.27 (19.07)	57.28 (17.87)	7829.5	0.14
<i>Descontrol</i>	16.58 (7.05)	16.55 (6.91)	16.59 (7.11)	8573.5	0.01
<i>Rechazo</i>	14.43 (6.54)	15.08 (7.05)	14.22 (6.36)	8133.5	0.08
<i>Desatención</i>	8.46 (2.87)	9.19 (3.03)	8.23 (2.78)	7059*	0.27
<i>Confusión</i>	7.85 (3.15)	8.46 (3.31)	7.66 (3.08)	7356.5	0.22
<i>Interferencia</i>	10.68 (4.05)	10.99 (4.02)	10.59 (4.06)	7947	0.12

M: Media; DT: Desviación típica; d: Tamaño del efecto de Cohen

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

Tomando como referencia el *IMC*, se encontraron diferencias significativas en los *hábitos alimentarios*, concretamente en los factores *Contenido calórico de la dieta* ($U=5336.5, p=.002$) y *Preocupación por una alimentación saludable* ($U=5979, p=.045$), siendo aquellos sujetos con *IMC* mayores o iguales a 25, los que presentaron conductas alimentarias más saludables respecto a aquellos con valores para el *IMC* menores de 25. Los tamaños de efecto de estas diferencias fueron de $d=0.35$ y $d=0.23$ respectivamente, considerados pequeños en ambos casos (*véase tabla 4*).

Fijándonos en la *impulsividad* en relación con el *IMC*, se observó que un 16.88% del total de la muestra se situó por encima del percentil 50. El 82.69% de estos sujetos se encontraban en la categoría de peso insuficiente y normopeso, mientras que el 17.31% lo hacían en la de sobrepeso y obesidad. Respecto al percentil 75, se situó por encima el 5.24% de la muestra, correspondiendo un 88.88% a sujetos con peso insuficiente y normopeso, y un 11.11% a sujetos con sobrepeso y obesidad.

En cuanto al *comer emocional*, se observaron diferencias estadísticamente significativas en función del *IMC* ($U=5779, p=.021$), encontrando mayor presencia de comer emocional en sujetos con valores para el *IMC* de 25 o superiores respecto a aquellos cuyo *IMC* era menor de 25. No obstante, el tamaño del efecto de las diferencias fue pequeño ($d=0.26$).

Respecto a las puntuaciones totales de *impulsividad*, *dificultades de regulación emocional* y *alexitimia*, así como los factores de estas dos últimas, las diferencias en función del *IMC* no alcanzaron la significación estadística. Lo mismo ocurrió para la variable *actividad física*.

Tabla 4: Medias, desviaciones típicas y diferencias de medias para las variables del estudio en función del IMC

	IMC		U	d
	<25	≥25		
	M (DT)	M (DT)		
Hábitos de alimentación				
<i>Contenido calórico de la dieta</i>	2.21 (0.75)	2.54 (0.68)	5336.5**	0.35
<i>Preocupación por una alimentación saludable</i>	3.44 (0.71)	3.63 (0.65)	5979*	0.23
Actividad física (MET-minutos/semana)	2777.85 (2578.48)	2597.23 (2298.28)	7094.5	0.02
Impulsividad	2.81 (3.24)	2.56 (2.66)	7266.5	0.01
Comer emocional	5.7 (2.45)	6.4 (2.37)	5779*	0.26
Alexitimia	28.59 (14.03)	27.93 (16.06)	6925	0.07
<i>Identificar sentimientos</i>	8.62 (6.92)	8.46 (7.4)	7036.5	0.05
<i>Describir sentimientos</i>	9.91 (5.9)	9.51 (6.5)	6913.5	0.07
<i>Pensamiento orientado a lo externo</i>	10.06 (4.78)	9.97 (5.74)	7124	0.04
Dificultades de regulación emocional	58.42 (18.58)	56.21 (16.36)	6920.5	0.06
<i>Descontrol</i>	16.58 (7.16)	16.6 (6.63)	7053.5	0.03
<i>Rechazo</i>	14.68 (6.7)	13.33 (5.71)	6468	0.14
<i>Desatención</i>	8.51 (2.88)	8.24 (2.81)	6972	0.05
<i>Confusión</i>	7.93 (3.17)	7.48 (3.06)	6651.5	0.11
<i>Interferencia</i>	10.71 (4.04)	10.55 (4.12)	7131	0.02

M: Media; DT: Desviación típica; d: Tamaño del efecto de Cohen

* $p < .05$ ** $p < .01$

Correlaciones entre las variables del estudio

En la tabla 5 se muestra la matriz de correlaciones entre las variables de nuestro trabajo.

El IMC correlacionó significativa y positivamente con los hábitos de alimentación ($r = .248$, $p < .001$ y $r = .202$, $p < .001$ para *Contenido calórico de la dieta* y *Preocupación por una alimentación saludable* respectivamente), así como con el comer emocional ($r = .193$, $p = .001$). Esto indicó que un mayor IMC se correspondía con mayores niveles de comer emocional y conductas alimentarias más saludables.

Asimismo, se encontró una correlación significativa entre el IMC y alexitimia, concretamente en el factor *Dificultades para describir sentimientos* ($r = -.132$, $p = .021$). En este caso la relación fue inversa, por tanto se interpretó que, a mayor IMC menor alexitimia.

Fijándonos en los factores de la variable hábitos alimentarios se observó que, el factor *Contenido calórico de la dieta* presentó una correlación significativa y positiva con comer emocional ($r=.123$, $p=.032$), mientras que *Preocupación por una alimentación saludable* correlacionó significativa y negativamente con la puntuación total del TAS-20 ($r=-.186$, $p=.001$), así como con todos sus factores ($r=-.159$, $p=.005$; $r=-.132$, $p=.022$ y $r=-.154$, $p=.007$ para *Dificultad para identificar sentimientos*, *Dificultad para describir sentimientos* y *Pensamiento orientado a lo externo* respectivamente), y con la puntuación total del DERS ($r=-.191$, $p=.001$) y los factores *Descontrol emocional*, *Rechazo emocional*, *Interferencia cotidiana* y *Confusión emocional* ($r=-.212$, $p<.001$; $r=-.113$, $p=.048$; $r=-.164$, $p=.004$ y $r=-.119$, $p=.037$ respectivamente). Todo ello fue indicativo de que mayores niveles de alexitimia y mayores dificultades de regulación emocional se relacionaron con conductas alimentarias menos saludables. Lo contrario ocurrió con la variable comer emocional, donde conductas alimentarias más saludables se relacionaron con mayor comer emocional.

La actividad física presentó una correlación significativa y positiva con los dos factores de la variable hábitos de alimentación ($r=.232$, $p<.001$ y $r=.227$, $p<.001$ para *Contenido calórico de la dieta* y *Preocupación por una alimentación saludable* respectivamente), de modo que aquellos sujetos que practicaban mayor actividad física, presentaban conductas más saludables respecto a la alimentación.

La variable comer emocional mostró correlaciones significativas y positivas con la puntuación total de alexitimia y los factores *Dificultad para identificar sentimientos* y *Dificultad para describir sentimientos* ($r=.195$, $p=.001$; $r=.225$, $p<.001$ y $r=.114$, $p=.048$ respectivamente), con impulsividad ($r=.244$, $p<.001$) y con la puntuación total del DERS y los factores *Descontrol emocional*, *Rechazo emocional*, *Interferencia*

cotidiana, *Confusión emocional* y *Desatención emocional* ($r=.317$, $p<.001$; $r=.301$, $p<.001$; $r=.317$, $p<.001$; $r=.185$, $p=.001$ y $r=.150$, $p=.009$ y $r=.117$, $p=.041$ respectivamente). De modo que aquellos sujetos que presentaban mayor alexitimia, mayor impulsividad y mayores dificultades de regulación emocional, presentaban también mayores niveles de comer emocional.

Finalmente, las variables impulsividad, alexitimia y dificultades de regulación emocional mostraron relaciones entre sí. Se encontraron correlaciones significativas y positivas entre impulsividad y la puntuación total del TAS-20 ($r=.298$, $p<.001$), así como con todos sus factores ($r=.358$, $p<.001$; $r=.188$, $p=.001$ y $r=.134$, $p=.019$ para *Dificultad para identificar sentimientos*, *Dificultad para describir sentimientos* y *Pensamiento orientado a lo externo* respectivamente), la puntuación total del DERS ($r=.413$, $p<.001$) y los factores *Descontrol emocional*, *Rechazo emocional*, *Interferencia cotidiana* y *Confusión emocional* ($r=.478$, $p<.001$; $r=.282$, $p<.001$; $r=.283$, $p<.001$ y $r=.273$, $p<.001$ respectivamente). Estos resultados ponen de manifiesto que mayores niveles de impulsividad se relacionaron con mayores niveles de alexitimia y mayores dificultades de regulación emocional.

Asimismo, la puntuación total del TAS-20 presentó una correlación significativa y positiva con la puntuación total del DERS ($r=.682$, $p<.001$). Del mismo modo, todos los factores de ambas variables correlacionaron significativamente entre sí. Este hecho mostró que niveles elevados de alexitimia se relacionaban con mayores dificultades de regulación emocional.

Tabla 5. Matriz de intercorrelaciones entre las variables del estudio

	IMC	Alexitimia	<i>Identificar sentimientos</i>	<i>Describir sentimientos</i>	<i>Pensamiento orientado a lo externo</i>	Impulsividad	Comer emocional	<i>Contenido calórico de la dieta</i>	<i>Preocupación por una alimentación saludable</i>	Actividad física (MET-minutos/semana)	Dificultades de regulación emocional	<i>Descontrol</i>	<i>Rechazo</i>	<i>Interferencia</i>	<i>Confusión</i>	<i>Desatención</i>
IMC	-															
Alexitimia	-.065	-														
<i>Identificar sentimientos</i>	-.018	.856**	-													
<i>Describir sentimientos</i>	-.132*	.834**	.584**	-												
<i>Pensamiento orientado a lo externo</i>	-.004	.686**	.369**	.388**	-											
Impulsividad	-.026	.298**	.358**	.188**	.134*	-										
Comer emocional	.193**	.195**	.225**	.114*	.110	.244**	-									
<i>Contenido calórico de la dieta</i>	.248**	-.023	.016	-.020	-.065	.000	.123*	-								
<i>Preocupación por una alimentación saludable</i>	.202**	-.186**	-.159**	-.132*	-.154**	-.085	-.039	.618**	-							
Actividad física (MET-minutos/semana)	.039	-.027	-.006	-.064	.007	.017	-.042	.232**	.227**	-						
Dificultades de regulación emocional	-.045	.682**	.711**	.502**	.366**	.413**	.317**	-.020	-.191**	.024	-					
<i>Descontrol</i>	-.009	.508**	.586**	.342**	.232**	.478**	.301**	-.064	-.212**	.019	.894**	-				
<i>Rechazo</i>	-.053	.496**	.523**	.379**	.242**	.282**	.317**	.052	-.113*	.068	.832**	.661**	-			
<i>Interferencia</i>	-.068	.459**	.460**	.368**	.236**	.283**	.185**	-.043	-.164**	.035	.769**	.669**	.517**	-		
<i>Confusión</i>	-.051	.719**	.789**	.518**	.345**	.273**	.150**	.020	-.119*	-.047	.722**	.544**	.489**	.434**	-	
<i>Desatención</i>	.008	.503**	.359**	.387**	.486**	.103	.117*	-.046	-.068	-.048	.365**	.160**	.104	.165**	.411**	-

**La correlación es significativa al nivel 0.01

*La correlación es significativa al nivel 0.05

Discusión

El objetivo de este trabajo fue describir el perfil de una muestra de estudiantes universitarios respecto a las variables IMC, actividad física, hábitos alimentarios, impulsividad, alexitimia, dificultades de regulación emocional y comer emocional, así como evaluar la existencia de diferencias en función del sexo y del IMC. Además, se estudió la relación entre ellas para conocer como determinadas variables psicológicas podrían influir en los hábitos de alimentación y de actividad física, y por tanto, en el desarrollo y mantenimiento del sobrepeso y la obesidad.

Respecto al primer objetivo, se observó que el 3.9% y el 15.2% presentaban obesidad y sobrepeso respectivamente. La prevalencia de la obesidad fue superior a las encontradas tanto por Durá y Castroviejo (2011) como por la Federación Española de Nutrición (2013), mientras que la de sobrepeso se encontró en el punto medio de ambos estudios. Si atendemos al sexo, la prevalencia del sobrepeso fue mayor en varones, frente a la de peso insuficiente que lo fue en mujeres, en la línea de estudios previos (Durá y Castroviejo, 2011; Ortiz-Moncada et al., 2012; Federación Española de Nutrición, 2013). Respecto a la obesidad, encontramos prevalencias mayores en las mujeres, hecho que difiere de lo observado por Dura y Castroviejo (2011) y Ortiz-Moncada et al. (2012), y concuerda con Tuta-García, Lee-Osorno y Martínez-Torres (2015). Cabe resaltar la alta prevalencia de peso insuficiente en nuestro estudio (9.4%), siendo más elevada que en otros llevados a cabo con población universitaria (Durá y Castroviejo, 2011; Ortiz-Moncada et al., 2012; Federación Española de Nutrición, 2013). Esto debe ponernos en alerta sobre la presencia de trastornos de la conducta alimentaria infradiagnosticados (Míguez, Isasi, de la Montaña, González y González, 2009).

En lo que a hábitos de alimentación se refiere, nuestra muestra presentó una conducta alimentaria menos saludable que el grupo normativo. Esto se sitúa en la línea de estudios previos que mostraron que los patrones de alimentación de los jóvenes se alejan cada vez más de la dieta mediterránea y se caracterizan por la ingesta excesiva de carnes, grasas y dulces, y el insuficiente aporte de cereales, legumbres y verduras (Durá y Castroviejo, 2011; Ortiz-Moncada et al., 2012; Rubio et al., 2007; Federación Española de Nutrición, 2013).

En cuanto a la actividad física, observamos que el 80.5% practicaba actividad física moderada o alta. Estos datos son muy superiores a los encontrados en la mayoría de estudios, donde las prevalencias se situaron entre el 26.5% y el 59.5% (Cervera et al., 2013; Federación Española de Nutrición, 2013). Esto podría deberse a la diversidad de instrumentos utilizados. En nuestro caso optamos por la utilización del IPAQ por ser un instrumento validado en más de doce países y utilizado a nivel internacional para la medición de dicha variable. Asimismo, los elevados niveles de actividad física también podrían deberse a la presencia de estudiantes de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte en nuestra muestra, ya que como observó Tirado (2017), estos presentaban índices más elevados respecto a los estudiantes de otras titulaciones.

En relación a la impulsividad, se encontró que la proporción de sujetos con normopeso y peso insuficiente que superaban el percentil 75, era claramente mayor a la de sujetos con sobrepeso y obesidad (88.88% y 11.11% respectivamente), no obstante, las diferencias no fueron significativas. Estos datos están en disonancia con hallazgos anteriores que mostraron mayores niveles de impulsividad en sujetos con sobrepeso y obesidad respecto a los normopeso (Bénard et al., 2017; Rydén et al., 2003; Terracciano et al., 2009; van den Berg et al., 2011), aunque concuerda con otros en los que no se encontró asociación entre el IMC y la impulsividad (Luque, Benítez, Jiménez y Borda,

2017). Esto podría deberse, tal como muestran Houben, Nederkoorn y Jansen (2014), a que las personas con sobrepeso y obesidad no muestran una tendencia general a la impulsividad, sino que únicamente la presentan ante aspectos relacionados con la comida.

Fijándonos en las puntuaciones medias obtenidas por la muestra para las variables dificultades de regulación emocional, alexitimia y comer emocional, observamos que todas ellas se situaron por debajo del punto de corte.

En lo referente al segundo objetivo, se observaron diferencias significativas en función del sexo para las variables IMC, alexitimia, comer emocional, actividad física y dificultades de regulación emocional. De modo que los varones presentaron IMC más elevados, mayor alexitimia, mayor impulsividad, mayores niveles de actividad física y mayores dificultades de regulación emocional respecto a las mujeres, tal como se documenta en estudios previos (Cervera et al., 2013; Durá y Castroviejo, 2011; Federación Española de Nutrición, 2013). Por su parte, las mujeres, presentaron mayor comer emocional que los varones, tal y como describen Sanchez y Pontes (2012).

Asimismo, se encontraron diferencias significativas en función del IMC en las variables comer emocional y hábitos de alimentación. Esto mostró que sujetos con sobrepeso y obesidad presentaban mayor comer emocional y hábitos alimentarios más saludables que aquellos con normopeso o peso insuficiente. El primer hallazgo encontrado coincide con lo descrito previamente por Ramos et al. (2016) y Geliebter y Aversa (2003), mientras que el segundo llama la atención y contradice lo observado en diversos estudios, donde sujetos con sobrepeso presentaban menor adherencia a la dieta mediterránea y menores puntuaciones para el Índice de calidad de la dieta que aquellos con normopeso (Arroyo, Rocandio, Ansotegui, Pascual, Salces y Rebato, 2006; Durá y

Castroviejo, 2011). Puesto que, según nuestros datos, las personas con sobrepeso y obesidad cuidan en mayor medida su alimentación, y aun así siguen presentando elevados valores para el IMC, cabría pensar que el peso podría estar determinado en mayor medida por la ausencia de actividad física que por las características de la alimentación, tal como apuntaron Irazusta, Hoyos, Díaz, Irazusta, Gil y Gil (2007). Asimismo, estos resultados también podrían deberse a un sesgo de deseabilidad social mostrado por las personas con sobrepeso y obesidad a la hora de informar sobre sus hábitos de alimentación.

Fijándonos en el tercer objetivo, se encontraron correlaciones significativas y positivas entre el IMC y las variables hábitos alimentarios y comer emocional. Asimismo, el IMC correlacionó significativa y negativamente con el factor *Dificultad para describir sentimientos* del TAS-20. Zijlstra et al. (2011) encontraron resultados discordantes, pues eran los sujetos con obesidad aquellos que mostraban mayores niveles de alexitimia frente al grupo control. Lo encontrado en nuestra muestra se asemeja al patrón típico encontrado en sujetos con anorexia nerviosa, que presentan niveles elevados de alexitimia y bajo IMC. Esto sigue afianzando la hipótesis de la posible existencia de trastornos de la conducta alimentaria infradiagnosticados o en proceso de desarrollo en nuestra muestra (Merino, Godás y Pombo, 2002).

Los hábitos de alimentación correlacionaron de forma significativa y positiva con el comer emocional y la actividad física, y negativamente con la alexitimia y las dificultades de regulación emocional. Este hecho fue indicativo de que aquellos sujetos con hábitos de alimentación más saludables presentaban mayor comer emocional, practicaban actividad física en mayor medida y presentaban menor alexitimia y menores dificultades de regulación emocional. Respecto al comer emocional, los resultados

encontrados difieren de los observados por Ganasegeran et al. (2012), donde este se relacionó con peores hábitos de alimentación. No obstante, otros estudios apoyan nuestros hallazgos, pues describieron que sujetos que seguían una dieta y llevaban una restricción alimentaria, eran más propensos a presentar comer emocional (Canetti et al., 2002). Respecto a las variables restantes, los resultados concuerdan con otros trabajos que mostraron mayor prevalencia de actividad física en aquellos sujetos con mayor adherencia a la dieta mediterránea (Beunza et al., 2010), e incrementos en la ingesta, ingesta compulsiva e ingesta de alimentos poco saludables, en sujetos con alexitimia y dificultades de regulación emocional (Evers et al., 2010; Rueda y Pérez-García, 2007; Whiteside et al., 2007).

Existieron correlaciones significativas y positivas entre el comer emocional y otras variables psicológicas como alexitimia, impulsividad y dificultades de regulación emocional. Lo cual indicó que sujetos con mayor tendencia a comer en respuesta a emociones negativas, también presentaban mayor alexitimia, mayor impulsividad y mayores dificultades de regulación emocional. Estudios como los de Jasinska et al. (2012), Larsen et al. (2006), Vandewalle et al. (2016) y Zijlstra et al. (2011), apoyan estos hallazgos.

Por otra parte, los resultados no mostraron correlaciones significativas entre la variable dificultades de regulación emocional y el IMC, lo que difiere de trabajos previos (Zijlstra et al., 2011; Graziano et al., 2010). Sin embargo, esta disparidad podría ser debida a la heterogeneidad entre ambas muestras, las cuales diferían en cuanto a la edad, sexo y grado de obesidad de los participantes. Asimismo, la impulsividad tampoco presentó relación con los hábitos obesogénicos al contrario de lo mostrado en estudios anteriores (Bénard et al., 2017; Jasinska et al., 2012; Scholten et al., 2014).

Tal y como esperábamos, los hallazgos encontrados ponen de manifiesto relaciones entre las variables psicológicas y los hábitos alimentarios. Concretamente podríamos decir que el comer emocional, la alexitimia y las dificultades de regulación emocional influyen sobre los hábitos de alimentación de los estudiantes universitarios, los cuales a su vez influyen el desarrollo del sobrepeso y la obesidad. No ocurrió lo mismo con la impulsividad, la cual no mostró relaciones significativas con los hábitos de alimentación. Al contrario de lo esperado, la práctica de actividad física no parece estar influenciada por variables psicológicas como la impulsividad, comer emocional, alexitimia o las dificultades de regulación emocional, aunque sí muestra relación con los hábitos de alimentación.

No obstante, los resultados han de interpretarse bajo la cautela de algunas limitaciones. La primera de ellas es la derivada de un muestreo incidental, lo cual merma la posible generalización de los resultados, pues la mayoría de nuestra muestra, al ser recogida de la titulación de Psicología, fueron mujeres. Así, aunque nuestro trabajo nos permitió realizar una aproximación a la descripción de los hábitos de alimentación y de actividad física relacionados con variables psicológicas en estudiantes universitarios, en un futuro sería interesante realizar un estudio similar ampliando la muestra, con la participación de sujetos de mayor diversidad de titulaciones universitarias, e intentando equiparar el número de sujetos de ambos sexos. Del mismo modo, ampliando la muestra conseguiríamos más participantes que se situaran en las categorías de sobrepeso, obesidad y peso insuficiente, lo que permitiría realizar análisis más robustos que arrojaran resultados más concluyentes. Asimismo, al utilizar instrumentos de medida autorreportados, y a pesar de que estudios constatan su validez, nuestros datos podrían sufrir el sesgo de deseabilidad social, según el cual los participantes podrían haber sobreestimado o infraestimado determinadas informaciones.

Consideramos los resultados de nuestro trabajo relevantes y aplicables de cara al diseño de programas de promoción de la salud y prevención del sobrepeso y la obesidad. De este modo, sería necesaria la inclusión de componentes de regulación emocional que permitieran a los participantes aprender a gestionar sus emociones de una manera adaptativa, sin necesidad de recurrir a hábitos inadecuados de alimentación, lo que a largo plazo podría provocar problemas de sobrepeso y obesidad.

Referencias

- Aranceta-Bartrina, J., Pérez-Rodrigo, C., Alberdi-Aresti, G., Ramo-Carrera, N. y Lázaro-Masedo, S. (2016). Prevalencia de obesidad general y obesidad abdominal en la población adulta española (25-65 años) 201-2015: estudio ENPE. *Revista Española de Cardiología*, 69(6), 579-87.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469.
- Arroyo, M., Rocandio, A. M., Ansotegui, L., Pascual, E., Salces, I. y Rebate, E. (2006). Calidad de la dieta, sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios. *Nutrición Hospitalaria*, 21(6), 673-9.
- Bach-Faig, A. y Serra-Majem, L. (2013). Dieta mediterránea en el siglo XXI: posibilidades y oportunidades. En Federación Española de la Nutrición (Ed.), Libro blanco de la nutrición en España (pp. 221-229). España: FEN.

- Bagby, R. M., Parker, J. D. y Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexitimia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32.
- Bénard, M., Camilleri, G. M., Elité, F., Méjean, C., Bellisle, F., Reach, G., et al. (2017). Association between Impulsivity and Weight Status in a General Population. *Nutrients*, 9(3), 217.
- Beunza, J. J., Toledo, E., Hu, F. B., Bes-Rastrollo, M., Serrano-Martínez, M., Sánchez-Villegas, A., et al. (2010). Adherence to the Mediterranean diet, long-term weight change, and incident overweight or obesity: the Seguimiento Universidad de Navarra (SUN) cohort. *American Journal of Clinical Nutrition*, 92, 1484-93.
- Brantley, P. J., Myer, V. H. y Roy, H. J. (2005). Environmental and lifestyle influences on obesity. *Journal of the Louisiana State Medical Society*, 1, 19-27.
- Calvo, R., Solórzano, G., Morales, C., Kassem, M. S., Codesal, R., Blanco, A., et al. (2014). Procesamiento emocional en pacientes TCA adultas vs. adolescentes. Reconocimiento y regulación emocional. *Clínica y Salud*, 25, 19-37.
- Canetti, L., Bachar, E. y Berry, E. M. (2002). Food and emotion. *Behavioural Processes*, 60, 157-64.

- Cervera, F., Serrano, R., Vico, C., Milla, M. y García, M. J. (2013) Hábitos alimentarios y evaluación nutricional en una población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 28(2), 438-46.
- Cohen, J., (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Hillsdale, N. J.: Erlbaum.
- Corral, S., González, M., Pereña, J. y Seisdedos, N. (1998). *EDI-2. Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjöström, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., et al. (2003). International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity. *Official Journal of the American College of Sports Medicine*, 35(8), 1381-95.
- Durá, T. y Castroviejo, A. (2011). Adherencia a la dieta mediterránea en la población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 26(3), 602-8.
- Evers, C., Stok, F. M. y Ridder, D. T. D. (2010). Feeding your feelings: Emotion regulation strategies and emotional eating. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(6), 792-804.
- Federación Española de la Nutrición - FEN (2013). *Estudio de hábitos alimentarios y estilos de vida de los universitarios españoles. Patrón de consumo de bebidas fermentadas*. Recuperado de <http://www.fen.org.es/index.php/actividades/>

publicacion/habitos-de-alimentacion-y-estilos-de-vida-universitarios-espanoles-
patron-de-consumo-de-bebidas-fermentadas

Ganasegeran, K., Al-Dubai, S. A. R., Qureshi, A. M., Al-abed, A. A., A. M. R. y Aljunid, S. M. (2012). Social and psychological factors affecting eating habits among university students in a Malaysian medical school: a cross-sectional study. *Nutrition Journal*, 11, 48.

Garner, D. M. (1991). *Eating Disorder Inventory 2: Professional manual*. United States of America: Psychological Assessment Resources.

Geliebter, A. y Aversa, A. (2003). Emotional eating in overweight, normal weight and underweight individuals. *Eating Behaviors*, 3, 341-7.

Gratz, K. L. y Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assesment*, 26(1), 41-54.

Graziano, P. A., Calkins, S. D. y Keane, S. P. (2010). Toddler self-regulation skills predict risk for pediatric obesity. *International Journal of Obesity*, 34(4), 633-41.

Hervás, G. y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-56.

- Hill, J. O. y Peters, J. C. (1998). Environmental contributions to the obesity epidemic. *Science*, 280(5368), 1371-4.
- Houben, K., Nederkoorn, C. y Jansen, A. (2014). Eating on impulse: The relation between overweight and food-specific inhibitory control. *Obesity*, 22(5), 6-8.
- Irazusta, A., Hoyos, I., Díaz, E., Irazusta, J., Gil, J. y Gil, S. (2007). Alimentación en estudiantes universitarios. *Osasunaz*, 8, 7-18.
- Jasinska, A. J., Yasuda, M., Burant, C. F., Gregor, N., Khatri, S., Sweet, M., et al. (2012). Impulsivity and inhibitory control deficits are associated with unhealthy eating in young adults. *Appetite*, 59, 738-47.
- Jáuregui-Lobera, I., García-Cruz, P., Carbonero-Carreño, R., Magallares, A. y Ruiz-Prieto, I. (2014). Psychometric Properties of Spanish Version of the Three-Factor Eating Questionnaire-R18 (Tfeq-Sp) and Its Relationship with Some Eating- and Body Image-Related Variables. *Nutrients*, 6, 5619-35.
- Karlsson, J., Persson, L. O., Sjöström, L. y Sullivan, M. (2000). Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. *International Journal of Obesity*, 24, 1715-25.

Larsen, J. K., van Strien, J., Eising, R. y Engels. R. C. M. E. (2006). Gender differences in the association between alexithymia and emotional eating in obese individuals. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 237-43.

Lazarevich, I., Irigoyen-Camacho, M. E., Velázquez-Alva, M. C. y Salinas-Ávila, J. (2015). Psychometric characteristics of the Eating and Appraisal Due to Emotions and Stress Questionnaire and obesity in Mexican university students. *Nutrición Hospitalaria*, 31(69), 2437-44.

Luque, A., Benítez, M. M., Jiménez, C. y Borda, M. (2017). Impulsividad en personas con obesidad mórbida que van a someterse a cirugía bariátrica. *Bariátrica y Metabólica Ibero-Americana*, 7(3), 1875-9.

Macht, M. y Simons, G. (2000). Emotions and eating in everyday life. *Appetite*, 35, 65-71.

Martín-Ramiro, J. J., Álvarez-Martín, E. y Gil-Prieto, R. (2014). Mortalidad atribuible al exceso de peso en España. *Medicina Clínica*, 142, 526-30.

Méndez, M. A., Popkin, B. M., Jakszyn, P., Berenguer, A., Torno, M. J., Sánchez, M. J., et al. (2006). Adherence to a Mediterranean diet is associated with reduced 3-year incidence of obesity. *Journal of Nutrition*, 136(11), 2934-8.

- Merino, H., Godás, A. y Pombo, M. G. (2002). Alexitimia y características psicológicas asociadas a actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(1), 35-44.
- Míguez, M., Isasi, M. C., de la Montaña, J., González, M. y González, J. (2009). Diferencias en la autopercepción de la imagen corporal mediante la estimación del peso en universitarios de distintos ámbitos de conocimiento. *Alimentación, Nutrición y Salud*, 16(2): 54-9.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2017). *Encuesta Nacional de Salud*. Recuperado de <http://pestadistico.inteligenciadegestion.mssi.es/publicoSNS/comun/ArbolNodos.aspx?idNodo=42>
- Montero, I. y León, O. G. (2007). A guide of naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-62.
- Moral, J. y Retamales, R. (2000). Estudio de validación de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) en muestra española. *Revista Electrónica de Psicología*, 4(1).
- Nederkoorn, C., Braet, C., Van Eijs, Y., Tanghe, A. y Jansen, A. (2006). Why obese children cannot resist food: The role of impulsivity. *Eating Behaviors*, 7, 315-22.
- Nederkoorn, C., Smulders, F. T. Y., Havermans, R. C., Roefs, A. y Jansen, A. (2006). Impulsivity in obese women. *Appetite*, 47, 253-6.

Nguyen, D. M. y El-Serag, H. B. (2010). The epidemiology of obesity. *Gastroenterology Clinics of North America*, 39(1), 1-7.

Nolan, L. J., Halperin, L. B. y Geliebter, A. (2010). Emotional Appetite Questionnaire. Construct validity and relationship with BMI. *Appetite*, 54, 314-9.

Organización Mundial de la Salud (2009). *Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Recuperado de http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Global status report on noncommunicable diseases*. Recuperado de <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado de www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/

Ortiz-Moncada, R., Norte A. I., Zaragoza, A., Fernández, J. y Davó, M. C. (2012). ¿Siguen patrones de dieta mediterránea los universitarios españoles?. *Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 1952-9.

Papalia, D. E., Feldman, R. D., y Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano*. Mexico: McGraw Hill Education.

- Pardo, A., Ruiz, M., Jódar, E., Garrido, J., De Rosendo, J. M. y Usán, L. Al. (2004). Desarrollo de un cuestionario para la valoración y cuantificación de los hábitos de vida relacionados con el sobrepeso y la obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 19(2), 99-109.
- Prentice, A. M. y Jebb, S. A. (1995). Obesity in Britain: gluttony or sloth?. *British Medical Journal*, 311, 437-9.
- Ramos, J. H., González, K. E. y Silva, C. (2016). Efecto de la interacción entre el sexo y el peso sobre el comer emocional en adolescentes. *Psicología y Salud*, 26(1), 63-8.
- Rubio, M. A., Salas-Salvadó, J., Barbany, M., Moreno, B., Aranceta, J., Bellido, D., et al. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Revista Española de Obesidad*, 7-48.
- Rueda, B. y Pérez.García, A. M. (2007). Estudio de la alexitimia y de los procesos emocionales negativos en el ámbito de los factores de riesgo y la sintomatología cardiovascular. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(2), 105-16.
- Rydén, A., Sullivan, M., Torgerson, J. S., Karlsson, J., Lindroos, A. K. y Taft, C. (2003). Severe obesity and personality: a comparative controlled study of personality traits. *Internationa Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 27(12), 1534-40.

Sanchez, J. L. y Pontes, Y. (2012). Influencia de las emociones en la ingesta y control del peso. *Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 2148-50.

Scholten, E. W., Schrijvers, C. T. M., Nederkoorn, C., Kremers, S. P. J. y Rodenburg, G. (2014). Relationship between impulsivity, snack consumption and children's weight. *PLOTS ONE*, 9(2).

Serra-Majem, L. y Bautista-Castaño, I. (2013). Etiology of obesity: two "key issues" and other emerging factors. *Nutrición Hospitalaria*, 28(5), 32-43.

Sutín, A. R., Costa, P. T., Chan, W., Milanese, Y., Eaton, W. W., Zonderman, A. B., et al. (2013). I know not to, but I can't help it: Weight gain and changes in impulsivity-related personality traits. *Psychological Science*, 27(7), 1323-8.

Taylor, G. J., Bagby, R. M. y Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.

Terracciano, A., Sutín, A. R., McCrae, R. R., Deiana, B., Ferrucci, L., Schelessinger, et al. (2009). Facets of personality linked to underweight and overweight. *Psychosomatic Medicine*, 71(6), 682-9.

- Tirado, M. (2017). *Evaluación de variables psicosociales relacionadas con la percepción de riesgo y las conductas de salud en la adultez emergente* (Tesis doctoral). Universidad Miguel Hernández, Elche.
- Tuta-García, H. Y., Lee-Osorno, B. I. y Martínez-Torres, J. (2015). Prevalencia y factores asociados a sobrepeso y obesidad, en estudiantes universitarios de 18 a 25 años, en Pamplona Norte de Santander durante el primer periodo del 2013. *CES- Salud Pública*, 6(1), 19-24.
- van den Berg, L., Pieterse, K., Malik, J. A., Luman, M., Willems van Dijk, K., Oosterlaan, J., et al. (2011). Association between impulsivity, reward responsiveness and body mass index in children. *International Journal of Obesity*, 35, 1301-7.
- Vandewalle, J., Moens, E., Beyers, W. y Braet, C. (2016). Can we link emotional eating with the emotion regulation skills of adolescents?. *Psychology and Health*, 31(7), 857-72.
- Varela-Moreiras, G., Ruiz, E., Valero, T., Ávila, J. M. y del Pozo, S. (2013). The Spanish diet: an update. *Nutrición Hospitalaria*, 28(5), 13-20.
- Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T. y Larimer, M. (2007). Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect?. *Eating Behaviors*, 8, 162-9.

Zijlstra, H., Van Middendorp, H., Devaere, L., Larsen, J.K., Van Ramshorst, B. y Geenen, R. (2011). Emotion processing and regulation in women with morbid obesity who apply for bariatric surgery. *Psychology and Health*, 27(12), 1375-87.

Zysberg, L. y Rubanov, A. (2010). Emotional Intelligence and Emotional Eating Patterns: A New Insight into the Antecedents of Eating Disorders?. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 42(5), 345-348.

