



# ACTIVIDAD FÍSICA Y AJUSTE PSICOLÓGICO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

---

**Soledad Martínez Juan**

*solemartinezjuan14@gmail.com*

**Javier Manchón López**

*Departamento de Ciencias del Comportamiento y la Salud, Universidad Miguel Hernández de Elche*

**María José Quiles Sebastián**

*Departamento de Ciencias del Comportamiento y la Salud, Universidad Miguel Hernández de Elche*

*mj.quiles@umh.es*

## **Contacto:**

María José Quiles Sebastián

*mj.quiles@umh.es*

## **Agradecimientos:**

Este trabajo se ha realizado con el apoyo de una Beca de Colaboración convocada por el Ministerio de Educación y Formación Profesional.

## Resumen

Marco teórico: La práctica de actividad física genera grandes beneficios tanto físicos como psicológicos. Asimismo, las personas que realizan más actividad física llevan a cabo hábitos de vida más saludables y presentan mejoras en los niveles de diferentes variables psicológicas. Pero ¿este beneficio depende del nivel de actividad física que se practique? El objetivo de este trabajo fue analizar el bienestar psicológico de una muestra de universitarios en función del grado de actividad física realizada. Método: La muestra está compuesta por 232 participantes de 18 a 46 años ( $M = 21.42$ ;  $DT = 3.645$ ). De ellos, 177 eran mujeres (76.3%) y 55 varones (23.7%). En relación con la intensidad de actividad física realizada, 116 participantes presentaron un nivel de actividad física baja, 48 moderada y 37 vigorosa. El IMC (Índice de Masa Corporal) de la muestra es menor de 25 ( $M = 21.8$ ;  $DT = 1.8$ ). Las variables evaluadas han sido Actividad Física, Alexitimia, Ansiedad y Depresión, Autoestima y Dificultades en la regulación emocional. Resultados: Al analizar las diferencias en las distintas variables de interés a partir de la clasificación de intensidad de actividad física no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, a excepción de las escalas de Alexitimia y Autoestima. Conclusiones: Estos resultados difieren de los encontrados previamente en la literatura científica, pudiendo deberse a la homogeneidad de las características sociodemográficas de la muestra.

PALABRAS CLAVE: actividad física, regulación emocional, ansiedad, depresión y bienestar psicológico.

## Abstract

Theoretical framework: The practice of physical activity generates great physical and psychological benefits. Likewise, people who are more physically active lead healthier life habits and show improvements in the levels of different psychological variables. However, does this benefit depend on the level of physical activity practiced? The aim of this study was to analyze the psychological well-being of a sample of university students as a function of the degree of physical activity performed. Methods: The sample consisted of 232 participants aged 18 to 46 years ( $M = 21.42$ ;  $SD = 3.645$ ). Of these, 177 were female (76.3%) and 55 male (23.7%). In relation to the intensity of physical activity performed, 116 participants presented a low level of physical activity, 48 moderate and 37 vigorous. The BMI (Body Mass Index) of the sample was less than 25 ( $M = 21.8$ ;  $SD = 1.8$ ). The variables evaluated were Physical Activity, Alexithymia, Anxiety and Depression, Self-esteem and Difficulties in emotional regulation. Results: When analyzing the differences between variables of interest based on the levels of intensity of physical activity, no statistically significant differences were found, except for the Alexithymia and Self-esteem scales. Conclusions: These results differ from those previously found in the scientific literature, which may be due to the homogeneity of the sociodemographic characteristics of the sample.

KEYWORDS: physical activity, emotional regulation, anxiety, depression, and psychological well-being.

## INTRODUCCIÓN

Se entiende como actividad física (AF) “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija un gasto de energía” (OMS, 2021). La literatura científica ha evidenciado sus beneficios en la prevención, control, tratamiento y rehabilitación en multitud de enfermedades crónicas como son la obesidad y la diabetes. Además, la AF se aconseja en todas las etapas de la vida del ser humano (Collazos y Duperly, 2019; Mahecha Matsudo, 2019). La OMS plantea recomendaciones de AF con el fin de orientar a la población sobre la duración, frecuencia e intensidad en función de la edad de cada persona. A pesar de ello, uno de cada cuatro hombres y una de cada tres mujeres no cumplen los requisitos mínimos para llevar a cabo una AF que favorezca su salud (Collazos y Duperly, 2019).

La AF genera grandes beneficios en la salud psicológica de quien la practica (Nuñez Fadda et al., 2020). En un estudio, las personas que practicaban AF en relación con las no practicantes presentaban diferencias positivas y significativas respecto a su bienestar psicológico (Guillén y Angulo, 2016). Asimismo, las personas más activas físicamente realizaban menos conductas insalubres como fumar tabaco o consumir alcohol (Castillo, Balaguer y García-Merita, 2007).

También se ha destacado la AF como factor protector frente a la depresión (Sheikh, Vancampfort y Stubbs, 2018). Además de la prevención, la AF reduce los síntomas de depresión de forma significativa (Paluska y Schwenk, 2000), así como de ansiedad y de estrés autopercebido (De Miguel et al., 2011). Los resultados de un estudio indicaron que los individuos que practicaban mayor intensidad de AF informaban de menor cantidad de días autopercebidos de pobre salud mental (Fluetsch, Levy y Tallon, 2019) y pasaban un menor número de días hospitalizados (Korge y Nunan, 2018). En otro estudio, Aroca (2016) evidenció que los jóvenes que realizaban AF de baja intensidad presentaban niveles más elevados de ansiedad.

Otra de las variables que se ha estudiado en relación con la práctica de la AF es la autoestima. Un estudio reciente encontró una relación positiva entre autoestima y una mayor intensidad de realización de AF (Vasquez-Bonilla, Zelaya-Paz y García-Aguilar, 2019). Como consecuencia, mejoran las relaciones sociales (Nuñez Fadda

et al., 2020). Un estudio indica que, a mayor condición física, mayor será la autopercepción de la salud mejorando la autoestima y el estado de ánimo (De Miguel et al., 2011).

El manejo de las emociones también presenta relación con la práctica de AF (Zysberg y Hemmel, 2017). Sánchez-Gutiérrez y Araya (2014) confirmaron que las personas que realizan AF de mayor intensidad presentan niveles más elevados de Inteligencia Emocional. Por otro lado, en un estudio realizado con una muestra de personas mayores, los participantes que realizaban AF presentaron puntuaciones más bajas en alexitimia y depresión en relación con los participantes sedentarios (Medina-Porqueres et al., 2016).

Otros beneficios de la AF a nivel psicológico son: la tolerancia al estrés, el aumento de la sensación de bienestar y la regulación de los ciclos de sueño (Rodríguez, Molina, Jiménez y Pinzón, 2011).

El objetivo general de este trabajo es analizar la relación entre la intensidad de la actividad física realizada (baja, intensa y moderada) y el ajuste psicológico en población universitaria. Los objetivos específicos fueron: 1) Realizar un análisis descriptivo de la actividad física y el ajuste psicológico en la muestra estudiada, así como 2) Analizar la influencia del género y la intensidad de actividad física en autoestima, regulación emocional, ansiedad y depresión y alexitimia en una muestra universitaria.

Estas variables se relacionan con la intensidad de AF física semanal de la muestra estudiada para observar si existen diferencias. Al evaluar estas variables se pretende enriquecer la perspectiva psicológica de la práctica de AF, así como analizar de qué forma influye la intensidad de AF con las variables estudiadas. Como hipótesis se plantea que las personas que presentan un nivel de actividad física mayor presentarán un mejor ajuste psicológico que las personas con un nivel de actividad física menor.

## MÉTODO

### Participantes

La muestra estuvo formada por 232 estudiantes de dos universidades de la provincia de Alicante. Todos los participantes de la muestra tenían un

IMC menor a 25, que corresponde a la clasificación de personas con normopeso. Esta clasificación se estableció según los criterios establecidos por la Sociedad Española para el estudio de la Obesidad (SEEDO; Lecube et al., 2016). La media del IMC fue de 21.4. (DT = 1.8). De los participantes, 177 eran mujeres (76.3%) y 55, hombres (23.7%). La edad de la muestra fue de 18 a 46 años (M = 21.4; DT = 3.6).

En relación con los criterios de clasificación de la intensidad de AF, que fueron establecidos con el cuestionario IPAQ, 42 participantes presentaron un nivel de AF baja (18.2%), 101 moderada (43.7%) y 88 vigorosa (38.1%).

Se excluyeron aquellos participantes con un IMC mayor a 25 o menor a 18.5, además de los que no contestaron a los ítems que hacían referencia al peso y la altura.

## Variables e instrumentos

**Índice de Masa Corporal (IMC).** Se evaluó el peso y la altura de forma autoinformada mediante las siguientes preguntas: "¿Cuánto pesas? (Aproximadamente en kg)" y "¿Cuánto mides? (Aproximadamente en cm)". Se calculó el IMC para cada participante de la muestra y se clasificaron en función de los valores descritos por la SEEDO (Lecube et al., 2016). La categoría utilizada fue normopeso (IMC entre 18.5 kg/cm<sup>2</sup> y 25 kg/cm<sup>2</sup>).

**Cuestionario Internacional de Actividad Física (International Physical Activity Questionnaire – IPAQ; Craig et al., 2003).** Este instrumento emplea los MET, unidad de medida que expresa el requerimiento energético de una actividad y permite calcular el volumen total de AF semanal. Consta de siete ítems que miden la frecuencia (días/semana) y la duración (minutos/día) en tres niveles distintos de intensidades de AF: baja, moderada y vigorosa. Esta medida permite clasificar a los participantes en función del nivel de AF: <600 MET-minutos/semana (Bajo), 600-2999 MET-minutos/semana (Moderado) y ≥3000 MET-minutos/semana (Alto). La validación del cuestionario mostró una adecuada fiabilidad en 12 países.

**Escala de Alexitimia de Toronto (Toronto Alexithymia Scale – TAS-20; Bagby, Parker y Taylor, 1994; Toronto Alexithymia Scale – TAS-20; adaptación española de Moral y Retamales, 2000).** La escala mide la presencia de dificultades para identificar y

describir sentimientos. La escala de respuesta es de tipo Likert y el rango oscila entre 0 ("Muy en desacuerdo") y 5 ("Muy de acuerdo"). Consta de 20 ítems y está formado por tres factores: Dificultad para identificar sentimientos, Dificultad para describir sentimientos y Pensamiento orientado a lo externo. La escala permite la identificación de personas con alexitimia y posee un punto de corte de 61 puntos. La consistencia de la versión española es de  $\alpha = .82$ .

**Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale – RSE; Rosenberg, 1979; adaptación española de Atienza, Balaguer y Moreno, 2000).** Esta escala permite evaluar la autoestima personal, entendida como los sentimientos de valía personal y respeto a uno mismo. El instrumento consta de 10 ítems con una escala de respuesta de tipo Likert: de 1 ("Muy en desacuerdo") a 4 ("Muy de acuerdo"). A mayores puntuaciones, mayor autoestima. El valor de consistencia interna se encuentra entre  $\alpha = .76$  y  $\alpha = .87$ .

**Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS; Zigmond y Snaith, 1983; adaptación española de Terol et al., 2007).** El instrumento está compuesto por 14 ítems clasificados en dos subescalas de siete ítems cada una que miden Ansiedad y Depresión. Además, se puede obtener una puntuación total que evalúa el estrés psicológico global. Las respuestas se realizan mediante una escala de tipo Likert de 0 a 3. El rango de puntuaciones de cada subescala es de 0 a 21. A mayores puntuaciones, mayor ansiedad y depresión. La puntuación para la escala global posee un punto de corte de 13 que permite detectar posibles casos clínicos. La versión que se ha utilizado se ha validado con una muestra universitaria, mostrando unos índices de consistencia interna para las variables Ansiedad y Depresión de  $\alpha = .75$  y  $\alpha = .69$ , respectivamente (Terol-Cantero, Cabrera-Perona y Martín-Aragón, 2015).

**Escala de Dificultades en la Regulación emocional (Difficulties in Emotion Regulation Scale – DERS; escala original de Gratz y Roemer, 2004; adaptación española de Hervás y Jódar, 2008).** La escala evalúa dificultades en la regulación emocional mediante varios componentes: Descontrol emocional, Rechazo emocional, Desatención emocional, Confusión emocional e Interferencia cotidiana. El instrumento consta de 28 ítems con una escala de respuesta tipo Likert entre 1 ("Casi

nunca”) y 5 (“Casi siempre”). Mayor puntuación en la escala es indicativa de mayor dificultad en la regulación emocional. La consistencia interna global fue de  $\alpha = .93$  y para las diferentes subescalas los valores oscilaban entre  $\alpha = .73$  y  $\alpha = .91$ .

## Procedimiento

El comité ético de la universidad aprobó la investigación para su puesta en marcha. Después, se obtuvieron los datos mediante un muestreo incidental. Se administraron los cuestionarios a distintas titulaciones en horario académico, con el previo aviso a los profesores.

En primer lugar, se les explicó a los estudiantes el objetivo de la investigación. Tras ello, se les dio información sobre la confidencialidad y el anonimato de los datos, así como la total voluntariedad de su participación. Para ello, aquellas personas que decidieron participar firmaron un consentimiento informado. La realización de los cuestionarios fue autoadministrada.

## Análisis de datos

Se utilizó el programa estadístico IBM SPSS Statistics 24.0 para realizar todos los análisis estadísticos. Se realizaron análisis descriptivos de las distintas variables, así como análisis de diferencias a partir de las pruebas t de Student y análisis de varianza (ANOVA) para la clasificación de intensidad de AF.

## RESULTADOS

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de la muestra. Si atendemos a la intensidad de AF encontramos que 43 de los participantes presentaban un nivel de AF baja, 101, moderada y 88, vigorosa. En la Tabla 1 podemos encontrar los estadísticos descriptivos de las distintas variables psicológicas, incluyendo los descriptivos en función del género. Así, las puntuaciones en la escala de Alexitimia fueron bajas, tanto en el total como en los distintos factores, respecto a la muestra

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las variables estudiadas, según la muestra completa y el género.

	Rango	Muestra completa	Hombres	Mujeres
	Rango	M (DT)	M (DT)	M (DT)
TAS Total	(20-100)	29.0 (14.2)	31.3 (14.3)	28.0 (14.1)
Dif. Id. Sentimientos	(7-35)	9.0 (7.0)	9.7 (7.7)	8.3 (7.0)
Dif. Des. Sentimientos	(5-25)	10.0 (6.0)	10.3 (6.0)	10.0 (6.1)
Pens. Or. a lo externo	(8-40)	10.2 (5.0)	11.4 (5.0)	10.0 (5.0)
DERS Total	(28-140)	58.2 (19.0)	61.4 (19.7)	57.2 (18.3)
Descontrol emocional	(6-30)	16.4 (7.1)	17.0 (7.2)	16.3 (7.1)
Rechazo emocional	(7-35)	15.0 (7.0)	16.0 (7.2)	14.3 (7.0)
Interferencia cotidiana	(5-25)	11.0 (4.0)	11.2 (4.1)	10.5 (4.0)
Confusión emocional	(4-20)	8.0 (3.2)	9.0 (3.4)	8.0 (3.1)
Desatención emocional	(5-25)	9.0 (3.0)	9.2 (3.3)	8.4 (3.0)
HADS Total	(0-42)	10.5 (6.1)	10.8 (5.9)	10.4 (6.2)
Ansiedad	(0-21)	7.2 (3.8)	7.1 (3.5)	7.3 (4.0)
Depresión	(0-21)	3.2 (3.0)	3.7 (3.0)	3.1 (3.0)
RSE	(10-40)	31.9 (6.2)	32.6 (6.0)	32.0 (6.2)

Nota: Dif. Id. Sentimientos = Dificultad para identificar sentimientos; Dif. Des. Sentimientos = Dificultad para describir sentimientos; Pens. Or. a lo externo = Pensamiento orientado a lo externo.

completa y en los dos grupos de género.

La muestra presentó puntuaciones inferiores a la media en la variable *Dificultades en la regulación emocional*. Estas puntuaciones fueron también bajas en todos los factores, y según el género. Las puntuaciones de *Distrés psicológico global* se encontraban por debajo del punto de corte de 13 puntos (M = 10.5; DT = 6.1; según género, M = 10.8 en varones y M = 10.4 en mujeres). En relación con los factores, la media de *Ansiedad* fue de 7.2 (DT=3.8) y la de *Depresión* fue de 3.2 (DT=3.0), por lo que se pueden considerar puntuaciones bajas. Respecto a la *Autoestima*, los niveles

fueron similares según el género y superiores a la media en todos los casos.

En la Tabla 2 se presenta un análisis de diferencias de medias para muestras independientes de la variable Género respecto a la cantidad de la AF medida según el cuestionario IPAQ. En función a la clasificación del propio cuestionario sobre la clasificación de intensidad de AF, la media de la muestra de varones se clasificó como AF vigorosa (M = 4196.3; DT = 2636.3). Respecto al grupo de mujeres, se clasificó en AF moderada (M = 2461.0; DT = 2469.7). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ( $t = 4.475$ ;  $p < .001$ ).

Tabla 2. Comparación de medias según género e intensidad de AF.

Género	M	DT	T	Sig.
Varón	4196.3	2636.3	4.475*	.000
Mujer	2461.0	2469.7		

NOTA: Bajo: <600 MET-minutos/semana. Moderado: 600-2999 MET-minutos/semana. Vigoroso: ≥3000 MET-minutos/semana.

En la tabla 3 se presentan los análisis de diferencias de varianza en función del nivel de intensidad de AF de la muestra, así como los correspondientes estadísticos descriptivos. Como se puede comprobar, únicamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas en tres variables, siendo estas: el factor de Pensamiento orientado a lo externo ( $F = 2.33$ ;  $p < .05$ ;  $\eta^2$  parcial = .020), el factor de Confusión emocional del instrumento DERS ( $F = 1.17$ ;  $p < .05$ ;  $\eta^2$  parcial = .010) y en Autoestima ( $F = 2.14$ ;  $p < .05$ ;  $\eta^2$  parcial = .019). En los tres casos se observaron diferencias entre la intensidad de AF baja respecto a la AF moderada y vigorosa.

Tabla 3. Análisis descriptivo y de diferencias según la intensidad de AF.

	AF baja (N=42) M (DT)	AF moderada (N=101) M (DT)	AF vigorosa (N=88) M (DT)	F	$\eta^2$ parcial
<b>TAS Total</b>	31.3 (14.3)	28.2 (14.2)	28.2 (14.4)	0.78	.007
Dif. Id. Sentimientos	9.8 (7.5)	8.2 (6.8)	8.7 (7.0)	0.80	.007
Dif. Des. Sentimientos	10.0 (5.5)	10.5 (6.3)	9.4 (5.8)	0.75	.007
Pens. Or. a lo externo	11.5 (4.6)	9.6 (4.4)	10.1 (5.2)	2.33*	.020
<b>DERS Total</b>	59.2 (18.5)	56.8 (16.9)	59.2 (20.3)	0.47	.004
Descontrol emocional	16.8 (6.7)	15.6 (6.6)	16.9 (7.5)	0.92	.008
Rechazo emocional	14.2 (6.0)	14.5 (6.8)	14.9 (7.2)	0.13	.001
Interferencia cotidiana	10.7 (3.9)	10.3 (3.8)	11.0 (4.4)	0.81	.007
Confusión emocional	8.6 (3.7)	7.7 (2.8)	8.0 (3.3)	1.17*	.010
Desatención emocional	8.9 (2.8)	8.7 (2.7)	8.5 (3.2)	0.27	.002
<b>HADS Total</b>	10.6 (6.8)	10.2 (5.8)	10.7 (6.4)	0.17	.001
Ansiedad	7.3 (4.2)	7.3 (3.6)	7.2 (3.7)	0.00	.000
Depresión	3.4 (3.1)	3.0 (2.7)	3.5 (3.3)	0.77	.007
RSE	30.1 (6.5)	32.4 (5.8)	32.3 (6.5)	2.14*	.019

NOTA: \* =  $p < .05$ .



## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de este trabajo fue analizar la existencia de diferencias en distintas variables de tipo psicológico según la clasificación de intensidad de actividad física realizada (baja, moderada y vigorosa) en una muestra de estudiantes universitarios.

En primer lugar, respecto a los estadísticos descriptivos de las distintas variables psicológicas, los datos obtenidos indicaron que los participantes presentaron un buen ajuste psicológico. En este sentido, mostraron puntuaciones bajas en ansiedad y depresión, y moderadas-altas en autoestima. Un estudio previo indicó que los adultos emergentes, el grupo de edad en el que se encuentra la mayoría de los participantes de la muestra, mantienen un buen ajuste psicológico en esta etapa vital, pudiendo deberse a unas relaciones familiares positivas, que constituyen un apoyo económico, social y emocional para el universitario (García-Mendoza, Parra y Sánchez-Queija, 2017). La muestra no evidenció puntuaciones elevadas en alexitimia, ni mostraron dificultades en regulación emocional. Este hecho puede deberse a que la mayoría de la muestra de universitarios estudian una carrera de la rama de la salud en la que existe una alta motivación por el apoyo y la asistencia a las personas y, por ello, el manejo de las emociones está presente en todo momento (Cabanach et al., 2018).

En cuanto a las diferencias de género en relación con las intensidades de AF, los resultados muestran que los varones practicaban AF de forma vigorosa en promedio mientras que las mujeres, de manera moderada. Este dato es consistente con otros trabajos en la literatura científica que indican que las chicas eran menos activas físicamente que los chicos (Castillo et al., 2007; Wilson, Papalia, Duffey y Bopp, 2019).

Haciendo referencia a la relación entre la intensidad de AF y las variables psicológicas estudiadas, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas a excepción del factor Pensamiento orientado a lo externo (Alexitimia), Confusión emocional (Regulación emocional) y la variable Autoestima. En este caso, el subgrupo de participantes que realizaban una intensidad de AF baja presentó mayores dificultades en el pensamiento orientado a lo externo, así como mayor confusión emocional en su regulación emocional. Estos datos coinciden

con el estudio realizado por Zysberg y Hemmel (2017), en el que se concluyó que la AF estaba relacionada con el control de las emociones. Así, se ha sugerido que las personas que expresan en mayor medida las emociones practican AF con mayor regularidad (Shimano et al., 2015). En cuanto a la regulación emocional, a pesar de que únicamente resultaran estadísticamente significativas las diferencias en el factor Confusión emocional, la literatura previa sugiere que la AF se puede entender como una forma de amortiguar las posibles dificultades en regulación emocional (Bernstein y McNally, 2018).

En relación con la variable autoestima, los grupos de AF moderada y vigorosa mostraron una mayor puntuación que aquellas personas que informaron de un nivel de AF baja. Siguiendo la línea del trabajo, existen estudios que respaldan los resultados encontrados (Vasquez-Bonilla, Zelaya-Paz y García-Aguilar, 2019). Una de las explicaciones a este hecho es que las personas que practican AF se sienten más satisfechas con su imagen corporal y, como consecuencia de ello, su autoestima mejora (Wollenberg, Shriver y Gates, 2015).

Por otro lado, en relación con la ansiedad y la depresión, en la literatura científica se han identificado múltiples beneficios en los participantes que practicaban una mayor intensidad de AF. Algunos de ellos son la mejora del malestar psicológico de la persona, la disminución de los niveles de ansiedad y depresión (Teixeira et al., 2016; Aroca, 2016) y la mejora de la percepción personal (Martínez et al., 2017). En nuestro trabajo no se han encontrado estos resultados. De manera interesante, en un reciente estudio realizado en la crisis sanitaria por COVID-19, no se encontraron diferencias clínicamente relevantes en ansiedad dependiendo de si se realizaba o no AF (Rogowska et al., 2020). A pesar de la situación excepcional en el caso del citado estudio, puede ser que de manera similar exista alguna variable subyacente que esté explicando la falta de diferencias en estas variables, teniendo en cuenta que la relación entre AF y ansiedad y depresión está bien documentada.

Como conclusión, los participantes presentaron un buen ajuste psicológico con niveles bajos en ansiedad y depresión, elevada autoestima y no mostraron dificultades en la identificación y descripción de sentimientos,

así como en su regulación. Quienes practicaban AF con intensidad alta presentaban una mayor regulación emocional, elevada autoestima y menor ansiedad y depresión.

Respecto a las limitaciones de este trabajo, es necesario tener en cuenta respecto a la muestra de este trabajo es que la media de edad se corresponde con la etapa de la adultez emergente. Esta etapa vital está sujeta a cambios en los hábitos de vida (Tirado, 2017), lo que puede afectar, entre otras cuestiones, a la cantidad de AF realizada. Al tratarse de un estudio transversal, no disponemos de datos para comparar si, efectivamente, la intensidad de AF disminuyó con el tiempo. Además, el hecho de que la muestra esté compuesta únicamente por estudiantes universitarios también supone una limitación, puesto que impide la generalización de los resultados encontrados. Por otro lado, otra cuestión relevante a comentar es el uso de medidas de autoinforme. Concretamente, en relación con el cuestionario IPAQ, es probable que al tratarse de una medida autoadministrada de AF, los participantes registraran intensidades más elevadas de AF a causa de la deseabilidad social. Y, por último, en esta investigación se ha utilizado la prueba estadística ANOVA. ANOVA es sensible a los tamaños muestrales desiguales en las diversas condiciones a comparar, hecho que ocurre en este estudio y que podría estar introduciendo sesgos en los resultados obtenidos.

Para futuras investigaciones, sería interesante aumentar el tamaño muestral, así como ampliar el trabajo a población general. Asimismo, debería evaluarse a los participantes mediante un seguimiento a largo plazo para investigar posibles cambios, como la disminución de la AF desde la adolescencia a la etapa de adultez. Sería interesante explorar otras variables que puedan estar detrás de la existencia o no de diferencias en el ajuste psicológico, como el estatus socioeconómico o variables relacionadas con el desempeño académico. Por último, a pesar de que en este trabajo se ha abordado la influencia de la AF a partir de las diferencias entre sus distintas intensidades, sería recomendable contar con trabajos que aborden los efectos de la AF a partir de modelos de ecuaciones estructurales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aroca López, C. (2016). *Relación entre ejercicio físico, ansiedad y depresión* (Trabajo de final de máster). Universidad de las Islas Baleares. [https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/146209/tfm\\_2015-16\\_MCEV\\_cal872\\_133.pdf?sequence=1](https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/146209/tfm_2015-16_MCEV_cal872_133.pdf?sequence=1)

Atienza, F. L., Moreno, Y. y Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología. Universitat Tarraconensis*, 22 (1-2), 29-42. [https://www.researchgate.net/publication/308341043\\_Analisis\\_de\\_la\\_dimensionalidad\\_de\\_la\\_Escala\\_de\\_Autoestima\\_de\\_Rosenberg\\_en\\_una\\_muestra\\_de\\_adolescentes\\_valencianos](https://www.researchgate.net/publication/308341043_Analisis_de_la_dimensionalidad_de_la_Escala_de_Autoestima_de_Rosenberg_en_una_muestra_de_adolescentes_valencianos)

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. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)

Bernstein, E. E. y McNally, R. J. (2018). Exercise as a buffer against difficulties with emotion regulation: A pathway to emotional wellbeing. *Behaviour Research and Therapy*, 109, 29-36. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.07.010>

Cabanach, R. G., Souto-Gestal, A., González Doniz, L. y Corrás Vázquez, T. (2018). Afrontamiento y regulación emocional en estudiantes de fisioterapia. *Universitas Psychologica*, 17(2). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-2.aree>

Castillo, I., Balaguer, I. y García-Merita, M. (2007). Efecto de la práctica de actividad física y de la participación deportiva sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia en función del género. *Revista de Psicología del Deporte*, 16(2), 201-210. <https://www.redalyc.org/pdf/2351/235119266001.pdf>

Collazos, V. y Duperly, J. (2019). ¿Por qué escribir sobre actividad física en una revista de nutrición? *Revista de nutrición clínica y metabolismo*, 2(2), 10-12. <https://doi.org/10.35454/rncm.v2n2.002>

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. <https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB>
- Fluetsch, N., Levy, C., y Tallon, L. (2019). The Relationship of Physical Activity to Mental Health: A 2015 Behavioral Risk Factor Surveillance System Data Analysis. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.086>
- García-Mendoza, M. C., Parra, A. y Sánchez-Queija, I. (2017). Relaciones familiares y ajuste psicológico en adultos emergentes universitarios españoles. *Psicología Conductual*, 25(2), 405-417. [https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/65241/relaciones\\_familiares\\_ajuste.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/65241/relaciones_familiares_ajuste.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- 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 Assessment*, 26(1), 41-54.
- Guillén, F. y Angulo, J. (2016). Análisis de rasgos de personalidad positiva y bienestar psicológico en personas mayores practicantes de ejercicio físico vs no practicantes. *Revista iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte*, 11(1), 11-122. <https://www.redalyc.org/pdf/3111/311143051013.pdf>
- 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. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742008000200001](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000200001)
- Korge, J. y Nunan, D. (2018). Higher participation in physical activity is associated with less use of inpatient mental health services: A cross-sectional study. *Psychiatry research*, 259, 550-553. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.030>
- Lecube, A., Monereo, S., Rubio, M. A., Martínez-de-Icaya, P., Martí, A., ..., Casanueva, F. F. (2016). Prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad. *Posicionamiento SEEDO 2016*. <https://www.seedo.es/images/site/Consenso-SEEDO2016.pdf>
- Mahecha Matsudo, S. M. (2019). Recomendaciones de actividad física: un mensaje para el profesional de la salud. *Revista de nutrición clínica y metabolismo*, 2(2), 44-54. <https://doi.org/10.35454/rncm.v2n2.006>
- Martínez, C. P., Cuberos, R. C., Sánchez, M. C., Garcés, T. E., Ortega, F. Z., y Cortés, A. J. P. (2017). Diferencias de género en relación con el Índice de Masa Corporal, calidad de la dieta y actividades sedentarias en niños de 10 a 12 años. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, 31, 176-180. <https://doi.org/10.47197/retos.v0i31.49393>
- Medina-Porqueres, I., Romero-Galisteo, R. P., Gálvez-Ruiz, P., Moreno-Morales, N., Sánchez-Guerrero, E., Cuesta-Vargas, J. S., Mate-Pacheco, F. y Barón-López, F. J. (2016). Alexitimia y depresión en mayores que practican actividad física dirigida. *Revista Iberoamericana de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 5(3), 36-48. <https://core.ac.uk/download/pdf/214841006.pdf>
- 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). <https://psiquiatria.com/todas/estudio-de-validacion-de-la-escala-de-alexitimia-de-toronto-tas-20-en-muestra-espanola/>
- Nuñez Fadda, S. M., Gómez Chávez, L. F. J., Cortés Almanzar, P., Coronel López, D. E., González Fernández, M. S. y Aguirre Rodríguez, L. E. (2020). Actividades físicas, culturales y artísticas determinadas en la autovaloración psicológica del adulto mayor. *Revista digital de educación física*, (62). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7186180>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Paluska, S.A. y Schwenk, T. L. (2000). Physical Activity and Mental Health: Current Concepts. *Sports Med*, 29(3), 167-180. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10739267>
- Rodríguez, M., Molina, J., Jiménez, C. y Pinzón, R. (2011). Calidad de vida y actividad física en estudiantes, docentes y administrativos de una universidad de Bogotá. *Cuadernos Hispanoamer-*

icanos de Psicología, 11(1), 19-37. [http://m.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos\\_hispanoamericanos\\_psicologia/volumen11\\_numero1/articulo\\_2.pdf](http://m.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos_hispanoamericanos_psicologia/volumen11_numero1/articulo_2.pdf)

Rogowska, A. M., Pavlova, J., Kuśnierz, C., Ochnik, D., Bodnar, I. y Petrytsa, P. (2020). Does Physical Activity Matter for the Mental Health of University Students during the COVID-19 Pandemic? *Journal of Clinical Medicine*, 9(11): 3494. <https://doi.org/10.3390/jcm9113494>

Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the Self*. New York: Basic Books.

Sheikh, M. A., Vancampfort, D., y Stubbs, B. (2018). Leisure time physical activity and future psychological distress: A thirteen year longitudinal population-based study. *Journal of Psychiatric Research*, 101, 50–56. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.02.025>

Shimano, C., Hara, M., Nishida, Y., Nanri, H., Otsuka, Y., Nakamura, K., ... Tanaka, K. (2015). Perceived stress and coping strategies in relation to body mass index: cross-sectional study of 12045 Japanese men and women. *PLoS ONE* 10(2), e0118105. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0118105>

Teixeira, C. M., Nunes, F. M. S., Ribeiro, F. M. S., Arbinaga, F., y Vasconcelos-Raposo, J. (2016). Atividade física, autoestima e depressão em idosos. *Cuadernos de Psicología Del Deporte*, 16(3), 55–66. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1578-84232016000300006&lng=es&nrm=iso](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1578-84232016000300006&lng=es&nrm=iso)

Terol-Cantero, M. C., Cabrera-Perona, V. y Martín-Aragón, M. (2015). Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anales de Psicología*, 31(2). <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.172701>

Terol-Cantero, M. C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martín-Aragón, M., Pastor, M. A. y Reig, M. T. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) en población española. *Ansiedad y estrés*, 13(2-3), 163-176. [https://www.researchgate.net/publication/284268278\\_Propiedades\\_psicometricas\\_de\\_la\\_Escala\\_Hospitalaria\\_de\\_Ansiedad\\_y\\_Estres\\_HAD\\_en\\_poblacion\\_espanola](https://www.researchgate.net/publication/284268278_Propiedades_psicometricas_de_la_Escala_Hospitalaria_de_Ansiedad_y_Estres_HAD_en_poblacion_espanola)

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. <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/4490/1/TD%20Tirado%20Zafra-Polo%2C%20Manuel.pdf>

Vasquez-Bonilla, A. A., Zelaya-Paz, C. y García-Aguilar, J. (2019). Análisis de sobrepeso y obesidad, niveles de actividad física y autoestima en escolares de San Pedro Sula, Honduras. *Revista en Ciencias del Movimiento Humano y Salud*, 16(2), 1-13. <https://doi.org/10.15359/mhs.16-2.5>

Wilson, O. W. A., Papalia, Z., Duffey, M. y Bopp, M. (2019). Differences in college students' aerobic physical activity and muscle-strengthening activities based on gender, race, and sexual orientation. *Preventive Medicine Reports*, 16. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2019.100984>

Wollenberg, G., Shriver, L., y Gates, G. (2015). Comparison of disorders eating symptoms and emotion regulation difficulties between female college athletes and non-athletes. *Eating Behaviors*, 18, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.03.008>

Zigmond, A. S. y Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Zysberg, L. y Hemmel, R. (2017). Emotional Intelligence and Physical Activity. *Journal of Physical Activity and Health*, 15(1), 53-56. <http://doi.org/10.1123/jpah.2016-0654>